

Riktade hälsosamtal i Skåne

Årsrapport 2024

Om rapporten

I denna rapport presenteras en sammanställning av bakgrunds- och hälsodata för de 40- och 50-åringar som genomfört ett Riktat hälsosamtal i Skåne mellan 1 januari 2024 och 31 januari 2025, dvs perioden då ersättning utgått för 2024 års åldersgrupper. Rapporten har tagits fram i februari-april 2025.

Ansvariga för rapporten, samtliga vid Enhet Kunskap, Avdelningen för Strategi och utveckling, Förvaltning Nära vård och hälsa:

Johanna Jaran, hälso- och sjukvårdsstrateg

Kjell Olsson, hälso- och sjukvårdsstrateg

Alexander Koronen, biostatistiker

Jon Eriksson, ST-läkare i allmänmedicin

Hanna Glock, specialist i allmänmedicin

Malin Skogström, tf enhetschef

Fiffi Boman, medicinsk rådgivare

Emma Appell, hälso- och sjukvårdsstrateg

Emelie Stenman, PhD, docent

Innehållsförteckning

Sammanfattning	1
1. Bakgrund	2
1.1 Jämlikhet och täckningsgrad	2
1.2 Hälsosamtal via video	2
1.3 Metod- och kompetensstöd för RHS	3
1.4 Samhällsinriktade kommunikationsinsatser	3
1.5 Forskning om Riktade hälsosamtal i Skåne	3
2. Datamaterial.....	5
2.1 Dataunderlag	5
2.2 Dataanalys	5
3. Resultat	6
3.1 Inbjudan och deltagande.....	6
3.2 Deltagande utifrån bakgrundsfaktorer.....	7
3.3 Deltagande utifrån geografi/kommunnivå/CNI.....	10
3.4 Levnadsvanor	12
3.5 Mätvärden.....	22
3.6 Uppföljning	30
3.7 Jämförelser mot Folkhälsorapport Skåne 2023	36
4. Diskussion	38
4.1 Bakgrundsfaktorer och täckningsgrad.....	38
4.2 Levnadsvanor och riskmarkörer	39
5. Referenser	41

Sammanfattning

Under 2024 har sju av tio 40-åringar och fem av tio 50-åringar bjudits in till Riktade hälsosamtal i Skåne (RHS). Totalt har 10 309 hälsosamtal genomförts, vilket motsvarar ett deltagande på 44 procent av samtliga inbjudna invånare. Glädjande i år är att fler 50-åringar har både fått en inbjudan och genomfört ett hälsosamtal, jämfört med föregående år. Bland deltagarna ses en viss överrepresentation av kvinnor, svenskfödda och invånare med hög utbildningsnivå. Deltagandet i hälsosamtalen varierar på kommunnivå, där vissa kommuner visade signifikant högre deltagande bland inbjudna jämfört med andra. Exempel på kommuner med högt deltagande var Lomma, Simrishamn och Höganäs, medan ett lågt deltagande av inbjudna sågs i Vellinge, Svedala och Skurup.

En relativt stor andel deltagare uppvisade ohälsosamma levnadsvanor och riskmarkörer för hjärtkärlsjukdom. Exempelvis deltog en stor andel som uppgav att de röker dagligen och även en stor andel med riskbruk av alkohol. Liknande fynd har uppmärksammats i andra regioner som erbjuder hälsosamtal. Högt blodtryck, som är den främsta riskfaktorn för hjärtkärlsjukdom, förekom hos drygt var tionde kvinna och var fjärde man bland 40-åringar. Bland 50-åringar uppmätte ungefär var fjärde kvinna och fyra av tio män förhöjt blodtryck. Bland de 40-åriga deltagare som angav att läkare tidigare konstaterat ett högt blodtryck uppmätte nästan hälften ett förhöjt värde. Hos 50-åringar sågs ett förhöjt värde hos sex av tio deltagare. De förhöjda riskmarkörerna hos många deltagare indikerar behov av fortsatt fokus på förebyggande insatser, särskilt vad gäller blodtryck, kolesterol och övervikt.

Uppföljningen efter hälsosamtalet visar att nästan var fjärde kvinna och var tredje man bland 40-åringar remitteras vidare till annan vårdgivare. Motsvarande andel för 50-åringar var knappt var tredje kvinna och drygt var tredje man. För 40-åriga kvinnor var psykisk ohälsa den vanligaste anledningen till vidareremittering, medan högt blodtryck var den vanligaste orsaken hos männen. Hos 50-åringar var högt blodtryck den vanligaste orsaken hos både kvinnor och män. I år ses en generell minskning i antal deltagare som remitteras vidare till annan vårdgivare jämfört med tidigare år.

För att öka möjligheterna till positiv effekt på befolkningens hälsa i Skåne behöver fler invånare delta i riktade hälsosamtal. Det fortsatta arbetet behöver tydligare fokusera på att öka inbjudningstakten från vårdcentralerna, med målet att alla 40- och 50-åringar får en inbjudan. För att nå ett mer representativt deltagande, inklusive fler män, personer med lägre utbildning och personer födda utanför Sverige, krävs bland annat att inbjudningsprocessen följer beslutad modell. Vidare behöver verksamhetsnära stöd fortsätta att erbjudas och digitala stödstrukturer förenklas. Inom Region Skåne pågår nu även ett omfattande arbete med att vidareutveckla hälsokommunikationsinsatser med syfte att öka deltagandet i hälsoinriktade åtgärder, såsom rekommenderade vaccinationer, screening och RHS.

1. Bakgrund

Riktade hälsosamtal (RHS) är en evidensbaserad metod för att systematiskt och strukturerat identifiera ohälsosamma levnadsvanor. Syftet är att erbjuda deltagare stöd till förändring av levnadsvanor och därmed minska insjuknandet i hjärtskärlsjukdom och diabetes typ 2. I Region Skåne togs politiska beslut under 2021 och 2022 om att införa RHS för alla 40- och 50-åringar. Denna årsrapport är en sammanställning av RHS i Skåne för 2024, där data avseende implementering och deltagarnas hälsostatus redovisas.

1.1 Jämlikhet och täckningsgrad

RHS bygger på att vårdcentralerna bjuder in alla personer i de aktuella åldersgrupperna till ett hälsosamtal. På så sätt används både en låg- och en högriskstrategi, vilket är baserat på den preventiva paradoxen. Enligt den preventiva paradoxen är det bättre om många personer med låg till måttlig risk för hjärtskärlsjukdom gör små förändringar i sina levnadsvanor, än om en mindre grupp med hög risk gör stora förändringar. Anledningen är att det finns betydligt fler personer med låg till måttlig risk och att det således sker fler fall av hjärtskärlsjukdom i den gruppen.

Jämlikhet i hälso- och sjukvården är en målsättning i Region Skåne, lagstadgat enligt Hälso- och sjukvårdslagen samt ett nationellt folkhälsopolitiskt mål [1]. RHS har som mål att främja hälsa samt förebygga ohälsa orsakad av ohälsosamma levnadsvanor. För detta krävs inte bara en hög täckningsgrad utan också en jämlik sådan där det är viktigt att ta hänsyn till deltagares bakgrundsfaktorer så som kön, ålder, födelseland och socioekonomiska status. För att uppnå målet med en hög och jämlik täckningsgrad behöver resurser fördelas proportionerligt utifrån de grupper som inte redan deltar i RHS i tillräcklig utsträckning. Det är därför av vikt att identifiera eventuella omotiverade skillnader i RHS täckningsgrad. En sådan analys har som mål att vägleda anpassning av interventionen till att vara universell och dessutom anpassad för specifika grupper.

I syfte att undersöka omotiverade skillnader i vilka grupper som deltar i RHS har fördelningen av genomförda samtal analyserats enskilt och inom faktorerna kön, utbildningsnivå, födelseland, geografi och Care Need Index (CNI).

1.2 Hälsosamtal via video

Arbetet med hälsosamtal via video startades upp december 2023 som ett alternativ till fysiska hälsosamtal för att öka tillgängligheten hos invånare som bor utanför stad och tätort och/eller som begränsas av arbetstider och vårdcentralens öppettider. Under 2024 har totalt sex introduktionstillfällen erbjudits av Metod- och kompetensstödet för RHS till samtalsledare som önskat starta upp med videosamtal. En enkät skickades ut till samtalsledarna under hösten 2024 för att undersöka orsaken till att hälsosamtal via video inte ökat i den omfattning som förväntats. Enkätsvaren visade att flera samtalsledare inte påbörjat arbetet med att erbjuda hälsosamtal via video. Huvudskälen till detta är brist på avsatt tid för att arbeta med hälsosamtalen generellt, tekniska svårigheter samt osäkerhet kring hur vårdcentralens plattform fungerar. Flera samtalsledare uppgav att deltagarna väljer det fysiska mötet i första

hand och att de själva för tillfället är bekvämare med fysiska möten och tänker att de fungerar bättre, särskilt för att bygga förtroende.

1.3 Metod- och kompetensstöd för RHS

Under året har Metod- och kompetensstödet för RHS erbjudit vårdcentralerna regelbundna grundutbildningar i metoden RHS och i motiverande samtal, samt fortbildning på nätverksträffar och information på arbetsplatsträffar. Vårdcentraler med låg inbjudningstakt har identifierats och erbjudits extra stöd från Metod- och kompetensstödet i samarbete med Enheten för Uppdragsstyrning. I slutet av året infördes ett digitalt inbjudningsförfarande via 1177 för att effektivisera processen och spara tid för samtalsledarna. De vårdcentraler som föredrar att fortsätta använda brevutskick vid inbjudningar har fortsatt möjlighet att göra det. Det kan exempelvis behövas till individer som talar andra språk än svenska.

Webbstödet för RHS utvecklas successivt för att bli mer användarvänligt, mycket tack vare initiativ och önskemål från samtalsledarna. Det pågår också fortsatt integrationsarbete mellan webbstöd och nya journalsystemet SDV. Ersättningen till vårdcentralerna är 1200 kr per genomfört hälsosamtal.

1.4 Samhällsinriktade kommunikationsinsatser

En större kommunikationskampanj på sociala medier och i Skånetrafikens kollektivtrafik genomfördes under våren 2024, december 2024 och januari 2025 med målsättningen att öka kännedomen om metoden och få fler invånare att tacka ja till erbjudandet om hälsosamtal. Inom ramen för Framtidens hälsosystem ska Region Skåne ta fram en generell plan för ökad hälsokommunikation, inklusive för RHS. Arbetet omfattar hur Region Skåne kan stärka och samordna hälsokommunikationen för större effekt genom innovationsdrivna och evidensbaserade metoder, samverkan mellan aktörer och bättre anpassning till målgruppernas behov. Den innefattar en struktur för mål och måluppföljning på regional nivå. Uppdraget ska resultera i en handlingsplan, uppdelad i en del för strategi och struktur och en del för insatser under 2025, samt förslag till mer långsiktiga insatser.

1.5 Forskning om Riktade hälsosamtal i Skåne

Vid Centrum för primärvårdsforskning (CPF) pågår sedan 2020 ett omfattande forskningsprojekt i anslutning till RHS. Forskningsprojektet syftar till att utvärdera hur metoden fungerar i Skånes population, men också till att skapa ny, viktig kunskap kring folksjukdomar såsom hjärtkärlsjukdomar, cancer och psykisk ohälsa. Samtalsledare och labbpersonal vid alla Skånes vårdcentraler samlar in information till forskningen. Vid en del vårdcentraler tas även biobanksprover. Stödet från vårdcentralerna gör det möjligt att genomföra forskningen.

Under 2024 har CPF publicerat tre artiklar om den population av 40-åringar som deltog i ett hälsosamtal under 2021–2022. Ytterligare en artikel publicerades 2024 som belyser hur samtalsledarna uppfattade hälsosamtal med 70-åringar under pilotprojektet vintern 2022–2023.

Den första baslinjeartikeln [2] beskriver studiepopulationen, då bestående av knappt tvåtusen 40-åriga deltagare. Artikeln visade att män, deltagare födda utanför Sverige och deltagare med lägre utbildning uppvisade betydligt sämre kardiovaskulär riskprofil jämfört med kvinnor, deltagare födda i Sverige och högutbildade, men att de samtidigt var underrepresenterade i de riktade hälsosamtalen. Artikeln visade även på signifikant samband mellan antal ohälsosamma levnadsvanor och förhöjd kardiovaskulär risk, redan hos 40-åringar.

Nästa vetenskapliga artikel [3] från samma population med 40-åringar fokuserade på obesitas och samband med kardiovaskulära riskfaktorer. Obesitas och visceral obesitas var vanligare hos utlandsfödda och det fanns samband mellan obesitas och förhöjda kolesterol- och blodsockervärden samt högt blodtryck. Dessutom var högt BMI kopplat till en låg tilltro till den egna förmågan att påverka sin hälsa.

I en uppföljande artikel [4] undersöktes om kardiovaskulära riskfaktorer tenderar att ansamlas i utsatta grupper. Det visade sig stämma. Majoriteten av 40-åringarna hade minst en kardiovaskulär riskfaktor och obesitas var relaterat till såväl rökning, hjärtkärlsjukdom i familjen och socioekonomisk utsatthet som psykiskt lidande. Artikeln har väckt uppmärksamhet och har lyfts fram av exempelvis Hjärt-Lungfonden.

Årets fjärde vetenskapliga artikel [5] undersökte samtalsledarnas erfarenheter från hälsosamtal med 70-åringar. Studien gjordes med hjälp av fokusgruppintervjuer och visade bland annat att hälsosamtalen med 70-åringar ofta fick ett vidare fokus än bara hjärtkärlsjukdom. Exempelvis lyftes problem med motorik, sexuell hälsa och ensamhet.

Forskningen genomförs med stöd av Hjärt-Lungfonden och Vetenskapsrådet.

Centrum för primärvårdsforskning avser också att följa upp deltagare som genomfört ett hälsosamtal framöver, exempelvis genom ettårsuppföljningar. Metoden lämpar sig även som underlag för vetenskapliga ST- och studentarbeten.

2. Datamaterial

2.1 Dataunderlag

Dataunderlaget till den här rapporten utgörs av de invånare som fyllde 40 och 50 år under 2024 och som mellan 1 januari 2024 och 31 januari 2025 har bjudits in och genomfört ett hälsosamtal på sin vårdcentral, samt relativt CNI för de 174 vårdcentraler som medverkat. Ersättningen för 2024 års aktuella åldersgrupper utbetalades fram till 31 januari 2025, därav har även dessa hälsosamtal tagits med i underlaget för 2024. För variablerna kön, utbildningsnivå och födelseland har jämförelser och statistiska analyser gjorts mot SCB:s befolkningsregister för de aktuella åldersgrupperna i Skåne. För jämförelser av deltagares självrapporterade hälsa, levnadsvanor och övervikt gentemot populationen i stort har data från Folkhälsorapport Skåne 2023 använts. För jämförelser av andel inbjudna och deltagande mellan år 2021–2024 har data hämtats från tidigare årsrapporter.

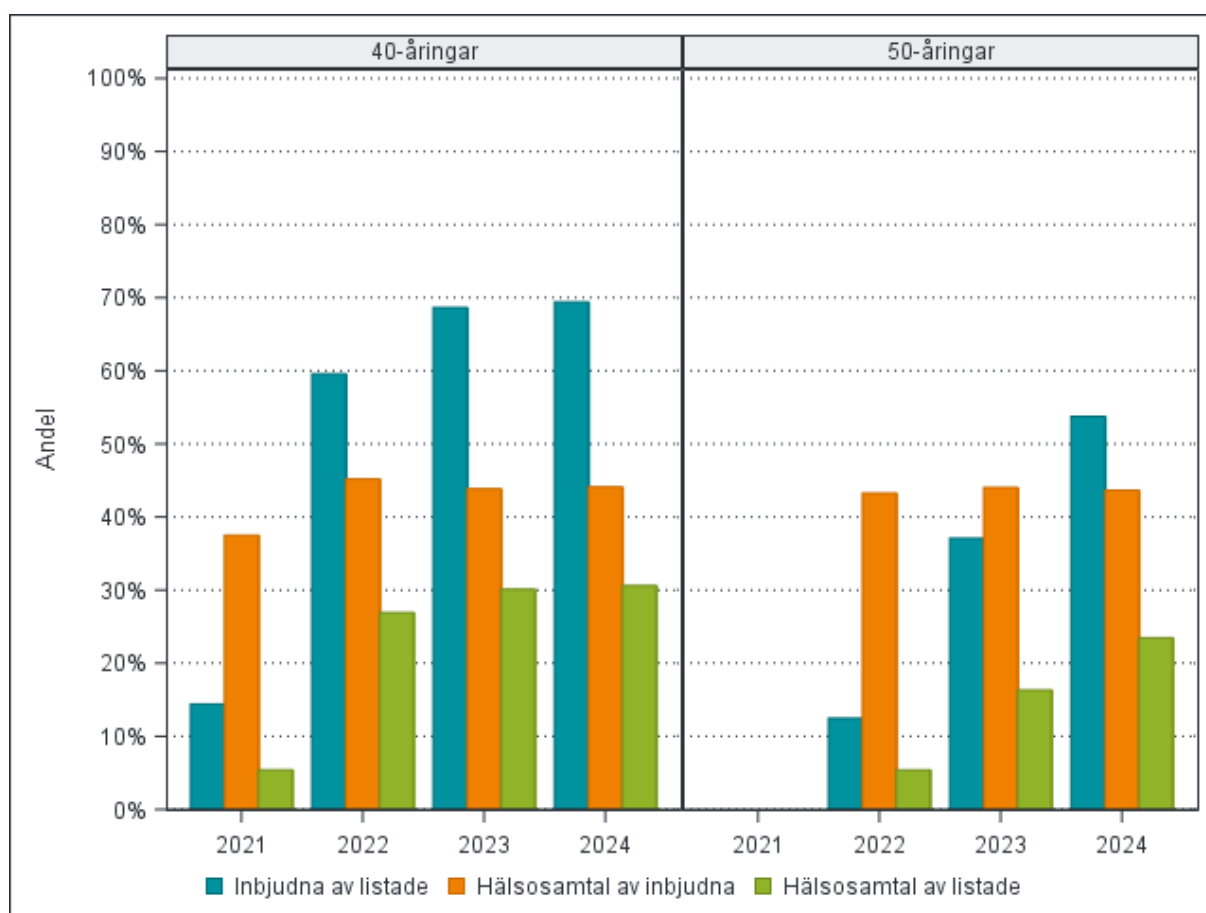
2.2 Dataanalys

All statistik i rapporten är beräknad på deltagare och vårdcentraler som har ett värde registrerat. Statistiska test är genomförda med chi-två-test, Fishers exakta test, Wilcoxons rangsummetest samt Spearmans Rangkorrelation. P-värde under 0,05 har betraktats som statistiskt säkerställt.

3. Resultat

3.1 Inbjudan och deltagande

Under 2024 kallades 13 403 fyrtioåringar och 10 073 femtioåringar till ett hälsosamtal, vilket motsvarar 69 procent respektive 54 procent av alla listade, se Figur 1. Rapporten bygger på 5911 genomförda hälsosamtal hos fyrtioåringar, varav 3233 kvinnor och 2678 män, och 4398 hos femtioåringar, varav 2330 kvinnor och 2068 män. Detta motsvarar 44 procent av såväl inbjudna 40-åringar som 50-åringar samt 31 procent respektive 23 procent av listade 40- och 50-åringar under 2024.



Figur 1. Andel inbjudna invånare och genomförda hälsosamtal bland 40- och 50-åringar i Skåne mellan 2021–2024.

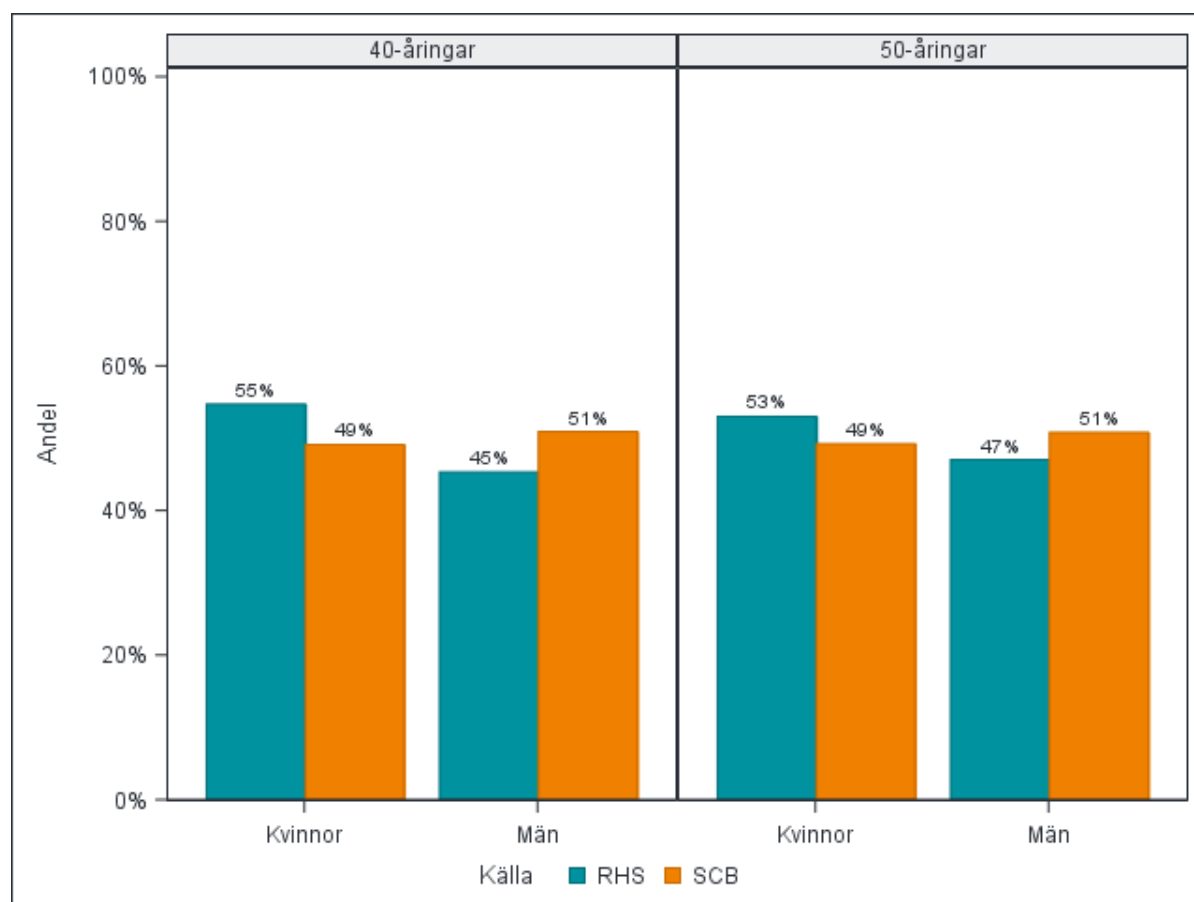
Totalt 190 hälsosamtal för 40-åringarna genomfördes via videobesök, vilket motsvarar 3 procent av totalt antal genomförda hälsosamtal. Motsvarande siffra för 50-åringarna var 208, vilket motsvarar 5 procent.

Ytterligare 363 hälsosamtal har genomförts under 2024, men för individer som fyllde 40 år under 2023. Därutöver har 361 hälsosamtal genomförts under 2024 för individer som fyllde 50 år under 2023. Dessa totalt 724 hälsosamtal inkluderas i Figur 1 för 2023, men inte i den här rapporten.

3.2 Deltagande utifrån bakgrundsfaktorer

Nedan presenteras 2024 års deltagande utifrån kön, utbildningsnivå och födelseland.

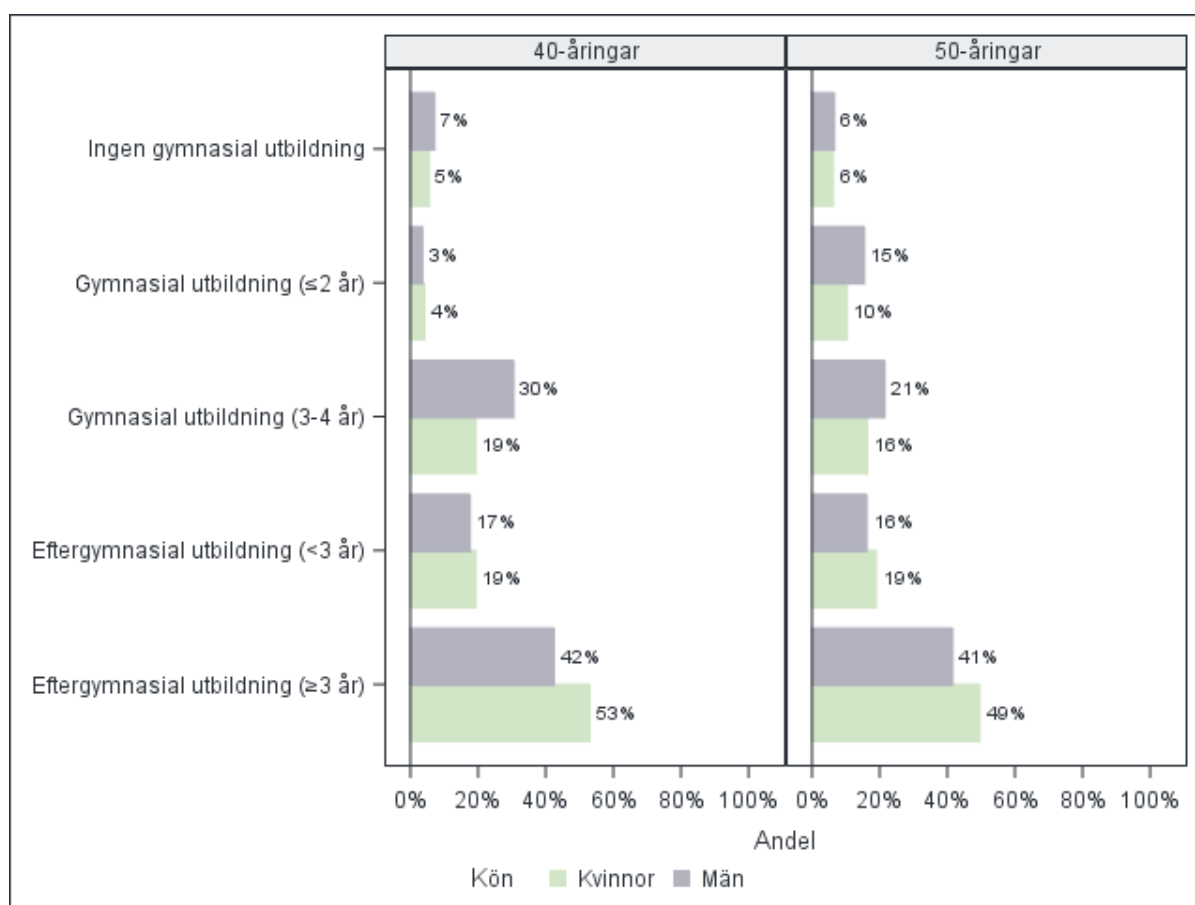
Kön



Figur 2. Könsfördelning för deltagare som genomfört ett Riktat hälsosamtal (RHS) under 2024 samt motsvarande åldersgrupper i Skåne enligt SCB.

Figur 2 visar könsfördelningen bland deltagande kvinnor och män i RHS jämfört med SCB:s befolkningsstatistik för 40- och 50-åringar i Skåne 2024. Skillnaden i könsfördelning mellan RHS och SCB är statistiskt säkerställd för både 40- och 50-åringar.

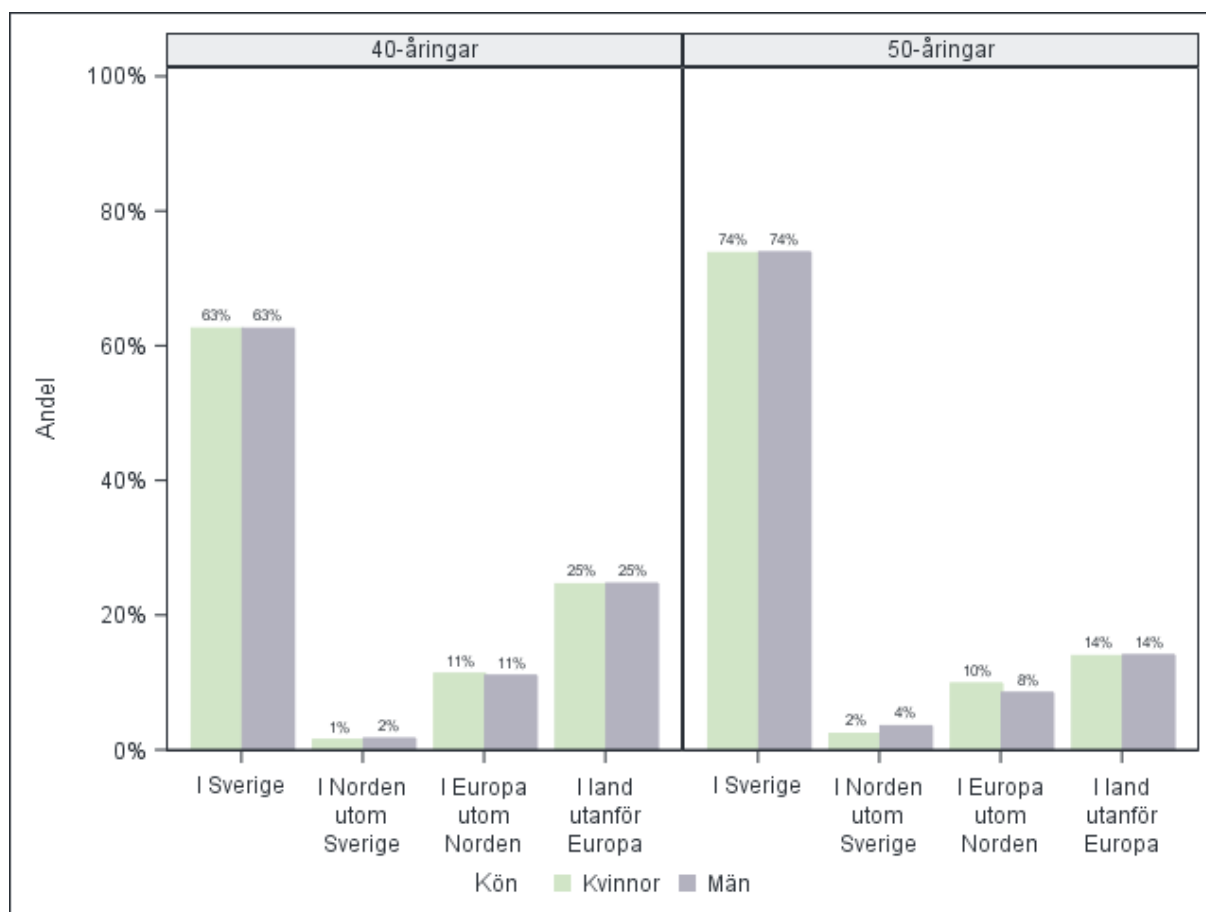
Utbildningsnivå



Figur 3. Utbildningsnivå för deltagare som genomfört ett Riktat hälsosamtal 2024.

Bland 40-åringar var andelen deltagare med eftergymnasial utbildning 72 procent för kvinnor och 59 procent för män. Motsvarande andelar hos 50-åringar var 68 procent respektive 57 procent, se Figur 3. Enligt SCB:s befolkningsstatistik var andelen 40-åriga kvinnor och män med eftergymnasial utbildning i Skåne 62 procent respektive 49 procent under 2024. Motsvarande andelar för 50-åringar var 57 procent bland kvinnor och 45 procent bland män. Skillnaden i utbildningsnivå mellan RHS och SCB är statistiskt säkerställd för båda åldersgrupperna.

Födelseland



Figur 4. Födelseland för deltagare som genomfört ett Riktat hälsosamtal 2024.

Figur 4 visar att andelen utrikesfödda deltagare var 37 procent för kvinnor och 38 procent för män bland 40-åringar och 26 procent för båda könen bland 50-åringar. Enligt SCB:s befolkningsstatistik var andelen utrikesfödda 40-åringar i Skåne 40 procent för kvinnor och 42 procent för män under 2024. Motsvarande andel för 50-åringar var 31 procent för båda könen. Skillnaden i andel utrikesfödda mellan RHS och SCB är statistiskt säkerställd för båda åldersgrupperna.

3.3 Deltagande utifrån geografi/kommunnivå/CNI

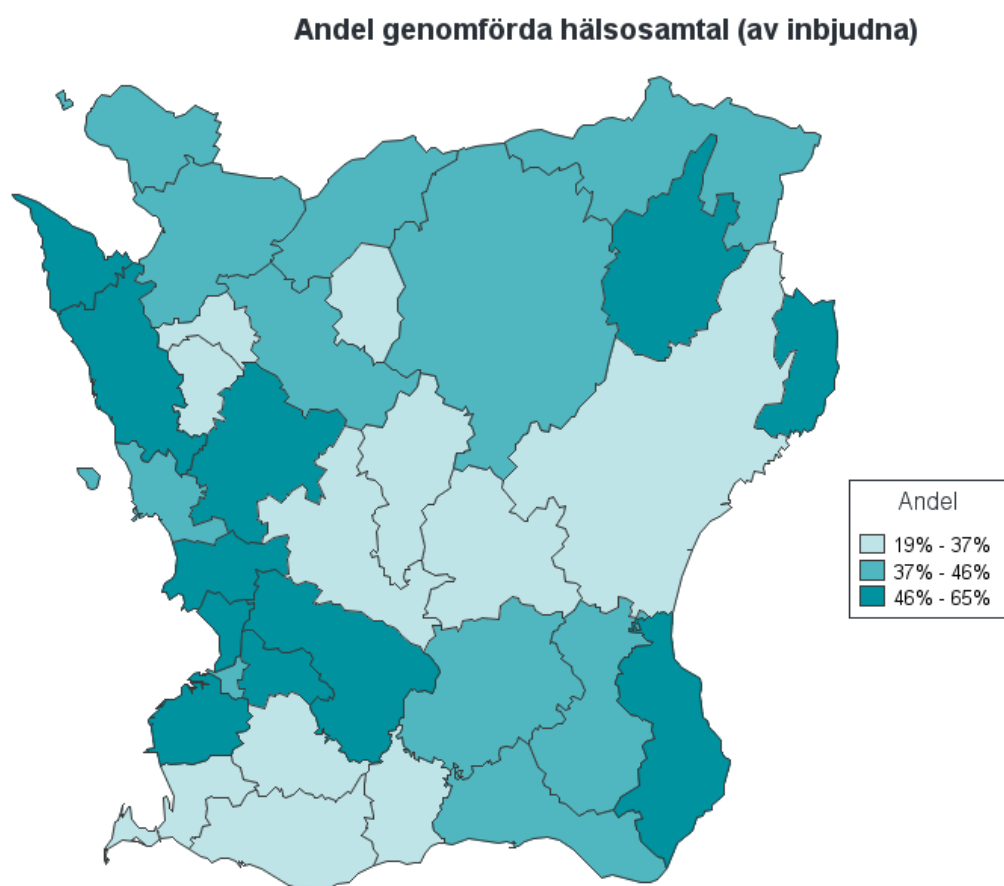
Geografi/kommunnivå

Tabell 1. Andel genomförda hälsosamtal av inbjudna per kommun, 40- och 50-åringar, 2024.

Kommun	Antal genomförda hälsosamtal	Antal inbjudna	Andel genomförda hälsosamtal av inbjudna
Lomma	243	374	65% *
Simrishamn	76	129	59% *
Höganäs	217	377	58% *
Kävlinge	222	390	56% *
Staffanstorps	41	78	53%
Helsingborg	1278	2455	52% *
Svalöv	149	304	49%
Lund	1066	2218	48% *
Östra Göinge	74	155	48%
Bromölla	81	172	47%
Malmö	3239	7001	46% *
Klippan	167	362	46%
Sjöbo	163	359	45%
Hässleholm	419	926	45%
Tomelilla	127	283	45%
Ystad	177	396	45%
Osby	73	164	45%
Örkelljunga	111	252	44%
Burlöv	86	205	42%
Landskrona	186	456	41%
Båstad	106	276	38%
Ängelholm	225	602	37% **
Hörby	10	27	37%
Trelleborg	229	621	37% **
Åstorp	91	259	35% **
Kristianstad	409	1165	35% **
Bjuv	46	135	34% **
Höör	83	244	34% **
Vellinge	313	954	33% **
Svedala	180	584	31% **
Perstorp	36	118	31% **
Eslöv	302	992	30% **
Skurup	84	438	19% **

**= Andelen är statistiskt säkerställt högre än för övriga kommuner*

***= Andelen är statistiskt säkerställt lägre än för övriga kommuner*



Figur 5. Geografisk fördelning av andel genomförda hälsosamtal av inbjudna per kommun, 40- och 50-åringar, 2024.

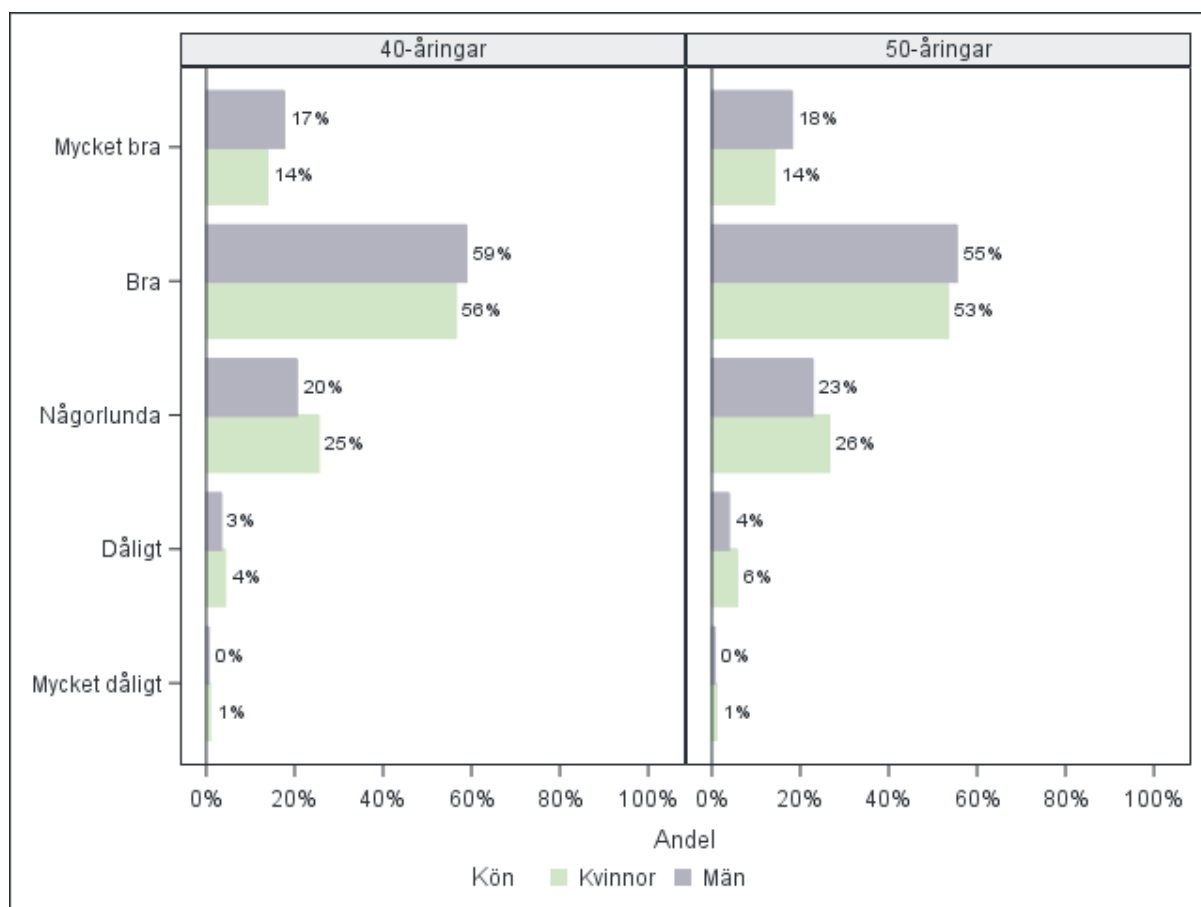
Andel deltagare i förhållande till inbjudna 40- och 50-åringar skiljer sig åt beroende på vårdcentralernas kommuntillhörighet, se Tabell 1. För några kommuner är andelen signifikant högre jämfört med övriga kommuner, samtidigt som ett antal kommuner utmärkte sig med ett signifikant lägre deltagande. I Figur 5 ses den geografiska fördelningen i Skåne, där de kommuner med låg andel deltagare i förhållande till inbjudna främst återfinns i sydvästra och centrala Skåne.

CNI

Det observerades en tendens till en svag negativ korrelation mellan andel deltagare i förhållande till inbjudna och vårdcentralens relativa CNI (Spearman korrelationskoefficient - 0,14, $p = 0,065$). Korrelationen försvagades vid jämförelse mellan andel deltagare i förhållande till listade och vårdcentralers relativa CNI (Spearman korrelationskoefficient - 0,11, $p = 0,162$).

3.4 Levnadsvanor

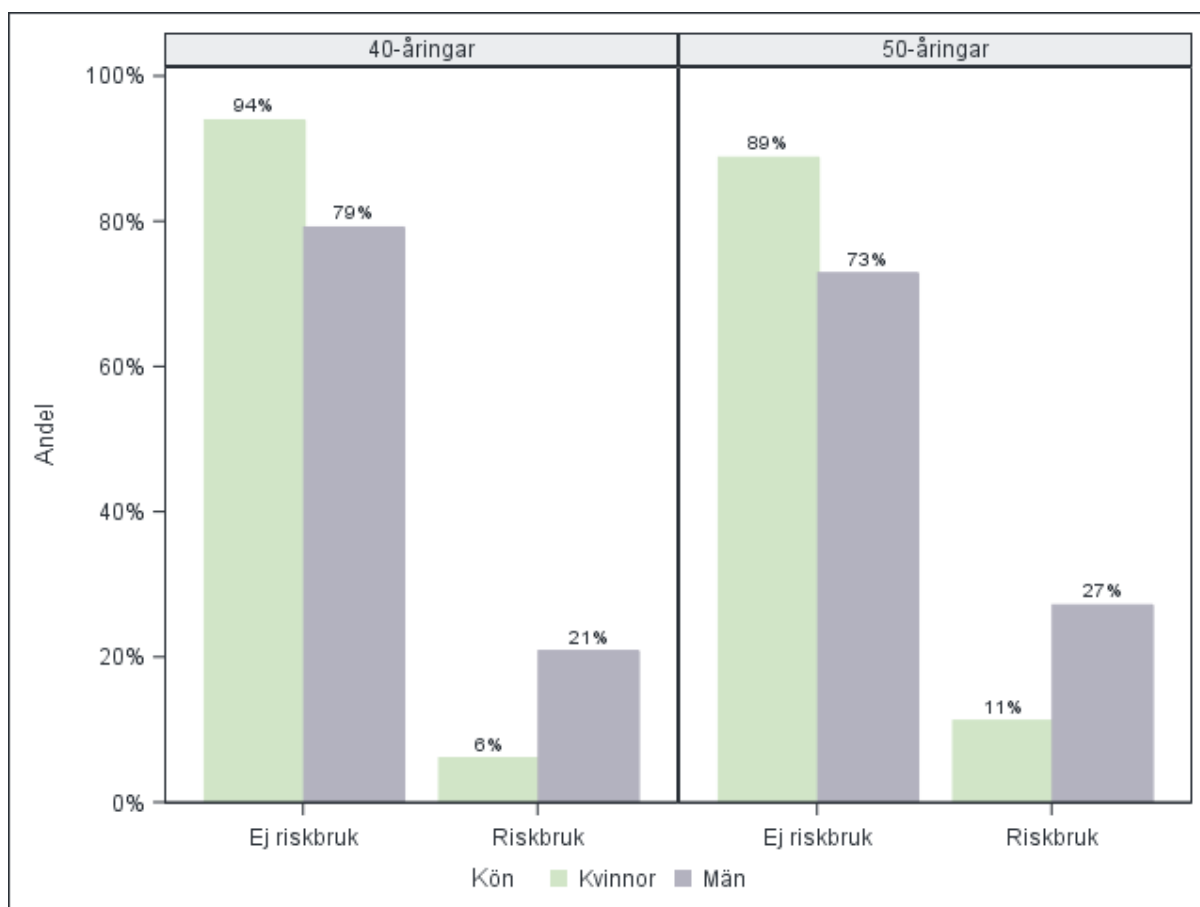
Allmänt hälsotillstånd



Figur 6. Svar på frågan "Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?" för deltagare som genomfört ett Riktat hälsosamtal under 2024.

Bland 40-åringar angav 70 procent av kvinnorna och 76 procent av männen att deras allmänna hälsotillstånd var "mycket bra" eller "bra". Motsvarande andelar bland 50-åringar var 67 procent respektive 73 procent, se Figur 6. Skillnaderna mellan såväl könen som åldersgrupperna är statistiskt säkerställd.

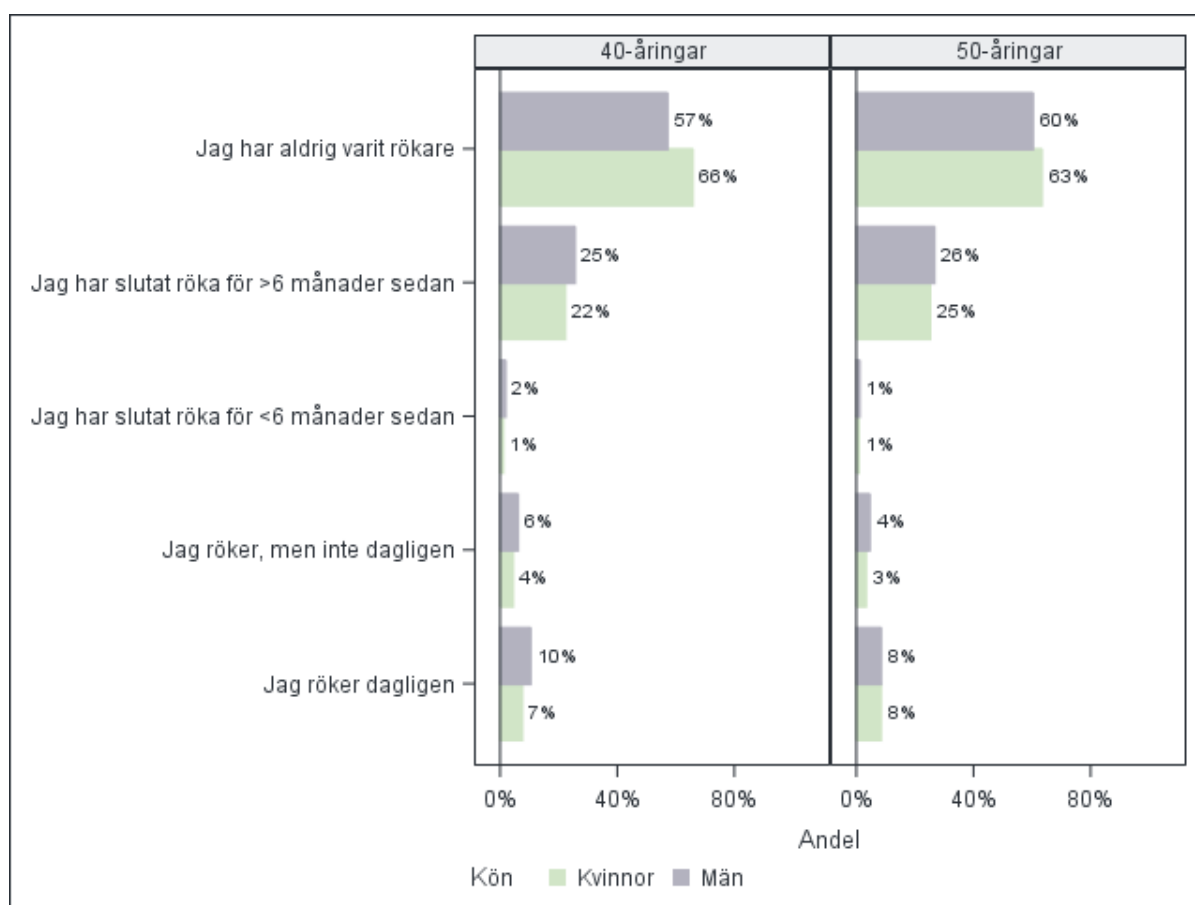
Alkohol



Figur 7. Enligt Socialstyrelsens nya rekommendationer från 2023 definieras riskbruk av alkohol som att dricka något av följande: 10 standardglas eller mer per vecka alternativt 4 standardglas eller mer per dryckestillfälle (så kallad intensivkonsumtion) en gång i månaden eller oftare. Dessa gränser gäller för både män och kvinnor.

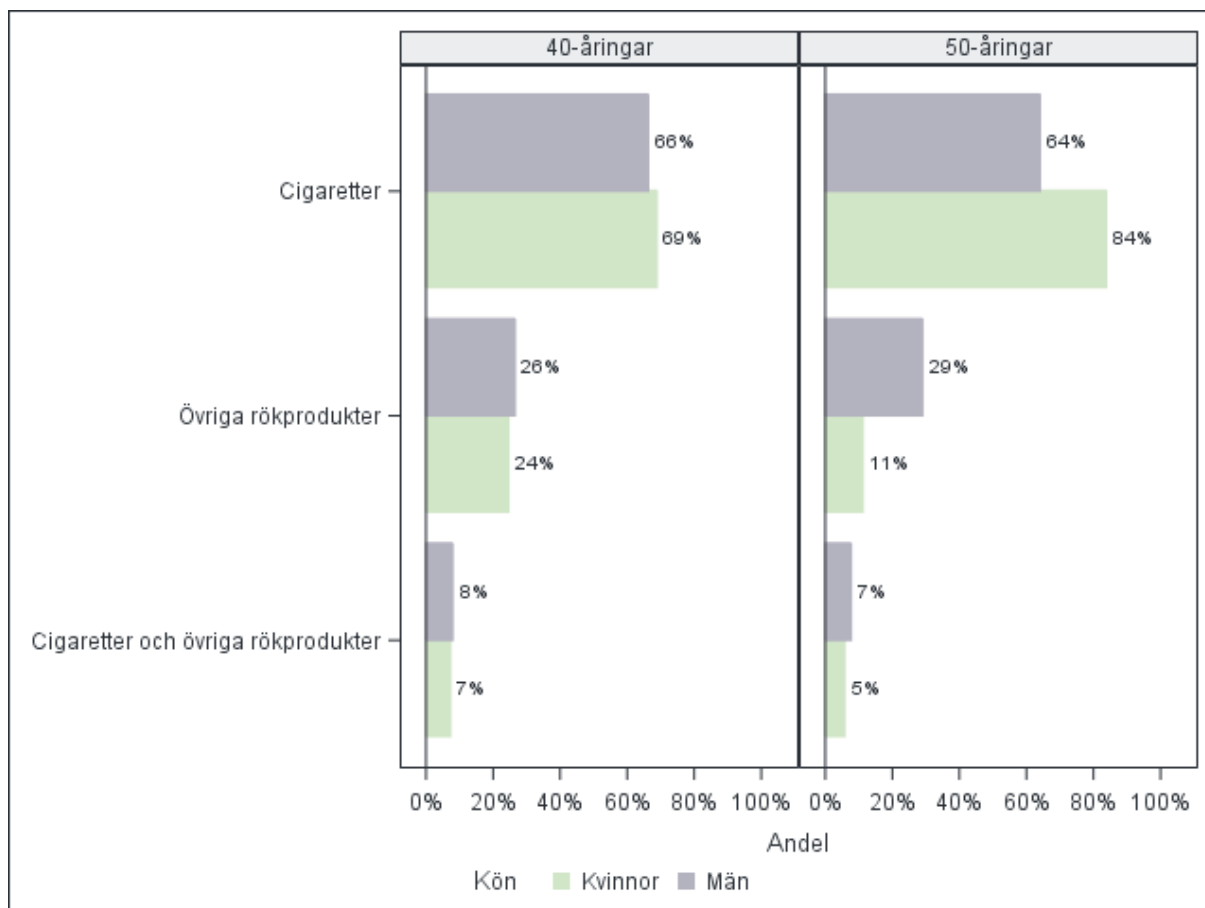
Figur 7 visar att andelen 40-åringar med riskbruk av alkohol var 6 procent för kvinnor och 21 procent för män. Motsvarande siffror för 50-åringar var 11 procent respektive 27 procent. Skillnaderna mellan såväl könen som åldersgrupperna är statistiskt säkerställd.

Rökning



Figur 8. Rökvanor hos deltagare som genomfört ett Riktat hälsosamtal under 2024.

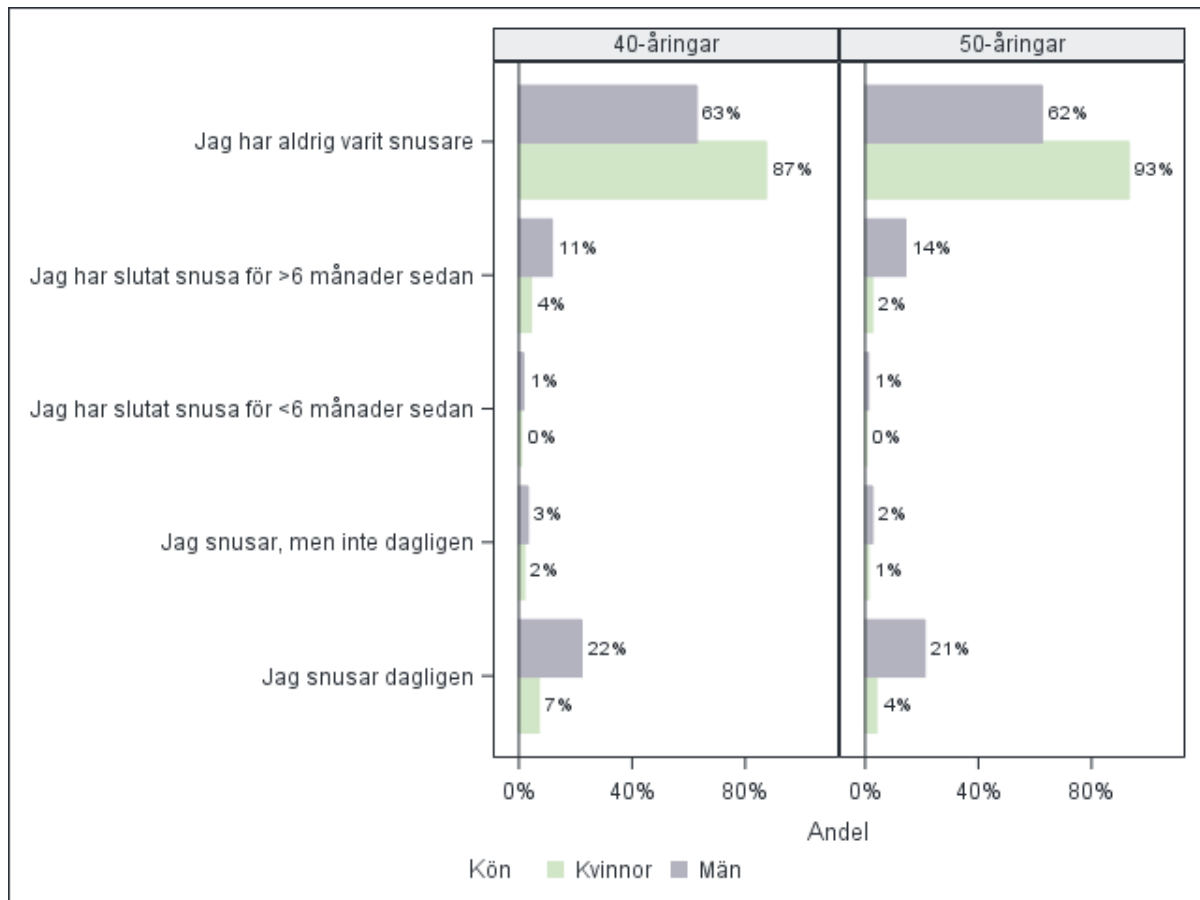
Figur 8 visar att andelen 40-åringar som röker dagligen var 7 procent för kvinnor och 10 procent för män. Motsvarande siffror för 50-åringar var 8 procent för båda könen. Bland 40-åringar var andelen som röker, men inte dagligen, 4 procent för kvinnor och 6 procent för män. Motsvarande siffror för 50-åringarna var 3 procent och 4 procent. Skillnaden mellan könen är statistiskt säkerställd.



Figur 9. Val av rökprodukter hos deltagare som angett att de röker dagligen eller röker men inte dagligen och som genomfört ett Riktat hälsosamtal under 2024.

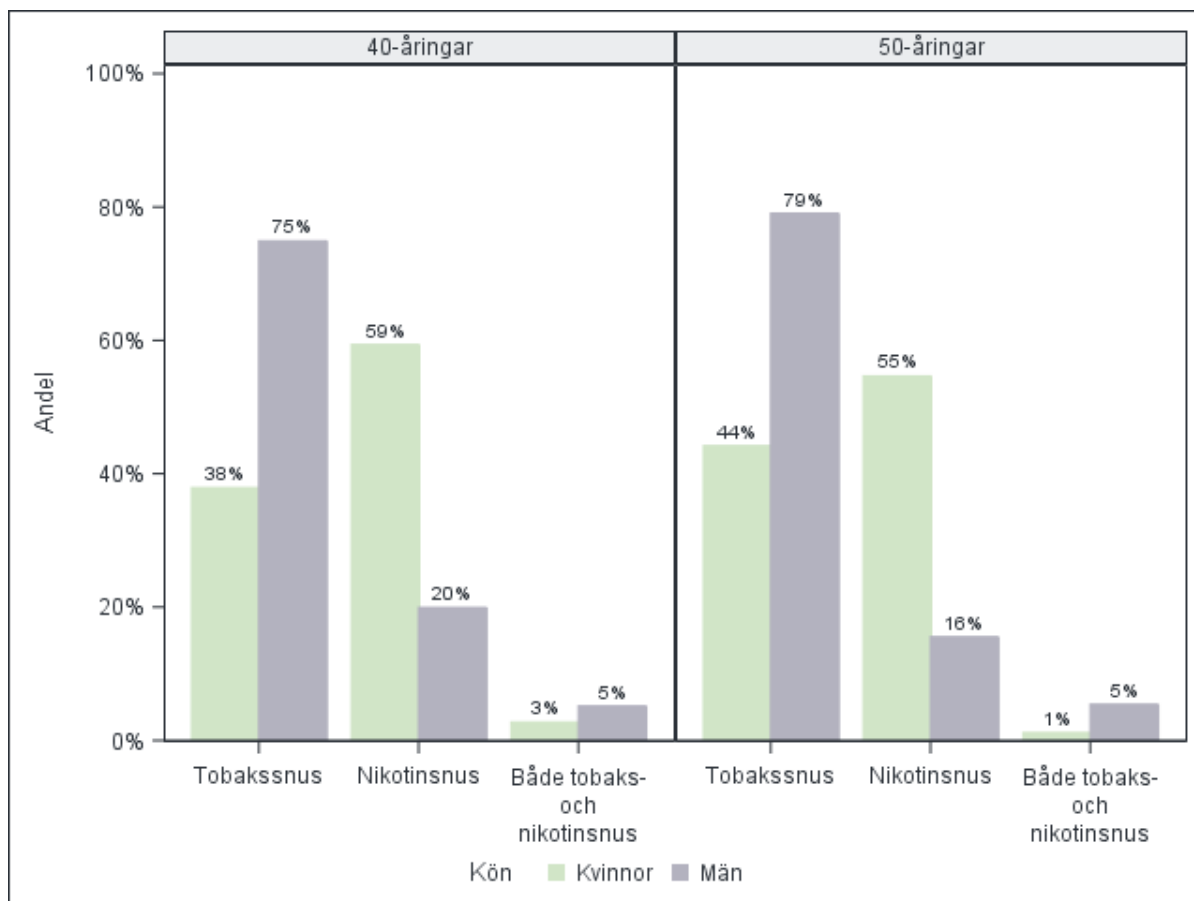
Hos andelen 40-åringar som angav att de röker så angav 69 procent av kvinnorna och 66 procent av männen att de röker cigaretter. Motsvarande siffror för 50-åringar var 84 procent och 64 procent, se Figur 9. Vidare angav 24 procent av kvinnorna och 26 procent av männen bland 40-åringar som röker att de använder övriga rökprodukter. Motsvarande siffror för 50-åringar är 11 procent och 29 procent. Övriga rökprodukter omfattar i detta fall cigarrer, piptobak, upphettade tobaksprodukter, cigariller, vattenpipa och elektroniska cigaretter. Andelen som angav att de röker både cigaretter och övriga rökprodukter var 7 procent för kvinnorna och 8 procent för männen hos 40-åringar som röker och 5 procent respektive 7 procent hos 50-åringarna.

Snus



Figur 10. Snusvanor för deltagare som genomfört ett Riktat hälsosamtal under 2024.

Figur 10 visar att andelen 40-åringar som angav att de snusar dagligen var 7 procent hos kvinnorna och 22 procent hos männen. Motsvarande andel bland 50-åringar var 4 procent respektive 21 procent. Bland 40-åringar var andelen som angav att de snusar, men inte dagligen, 2 procent för kvinnor och 3 procent för män. Motsvarande siffror för 50-åringarna var 1 procent samt 2 procent. Skillnaderna mellan såväl könen som åldersgrupperna är statistiskt säkerställd. Observera att deltagare kan ha angett både rökning och snusanvändning.

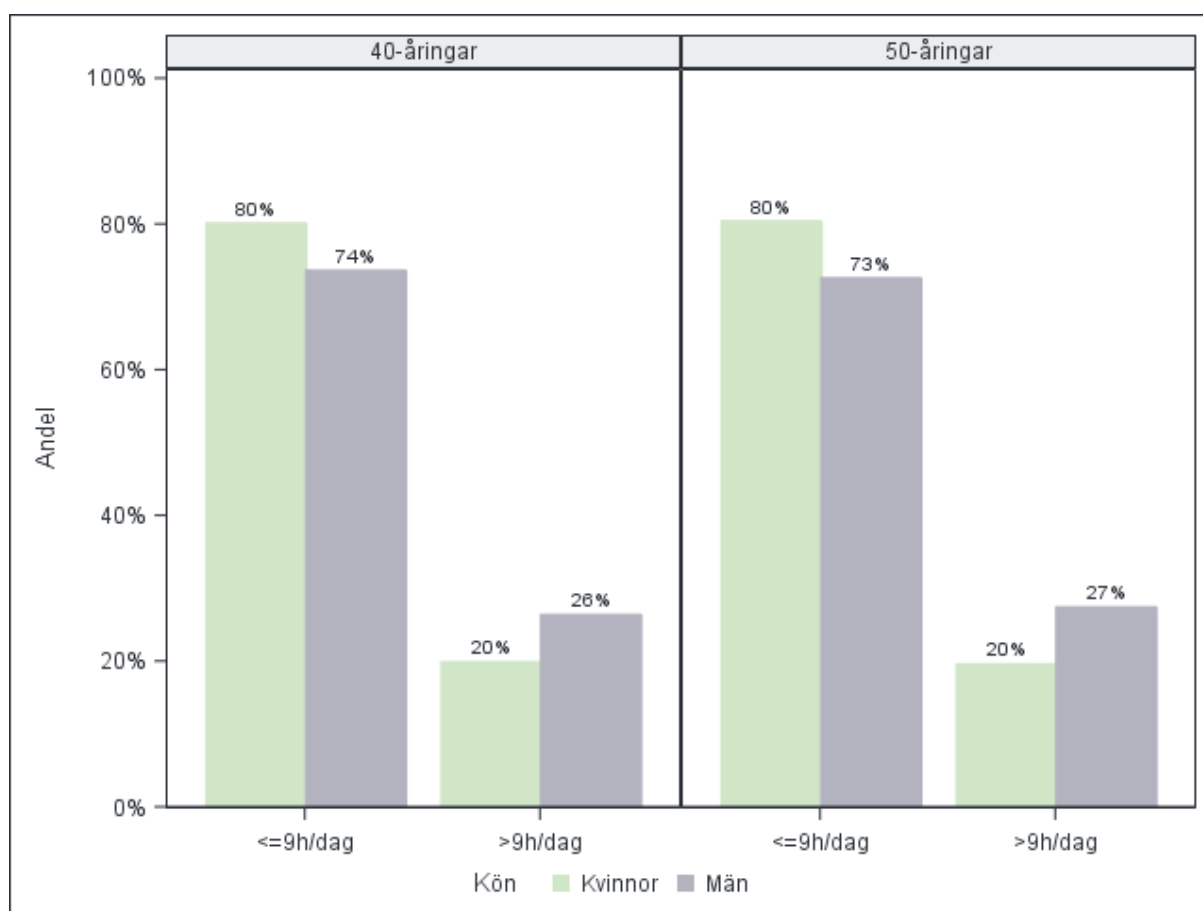


Figur 11. Val av snus hos deltagare som angett att de snusar, dagligen eller inte dagligen, 2024.

Figur 11 visar att hos andelen 40-åringar som angav att de snusar så angav 38 procent av kvinnorna och 75 procent av männen att de snusar tobakssnus. Motsvarande siffror för 50-åringar var 44 procent och 79 procent. Samtidigt angav 59 procent av de 40-åriga kvinnorna och 20 procent av männen att de snusar nikotinsnus. Motsvarande siffror för 50-åringar var 55 procent och 16 procent. Andelen som angav att de snusar både tobakssnus och nikotinsnus var 3 procent för kvinnorna och 5 procent för männen hos 40-åringar. Motsvarande siffror för 50-åringarna var 1 procent och 5 procent. Skillnaderna mellan såväl könen som åldersgrupperna är statistiskt säkerställd.

När vi tar hänsyn till alla deltagare, även de som inte snusar, ser vi ingen skillnad i andel män och kvinnor som snusar nikotinsnus hos 40-åringar (4 procent) och viss högre andel män hos 50-åringar (3 procent vs 2 procent).

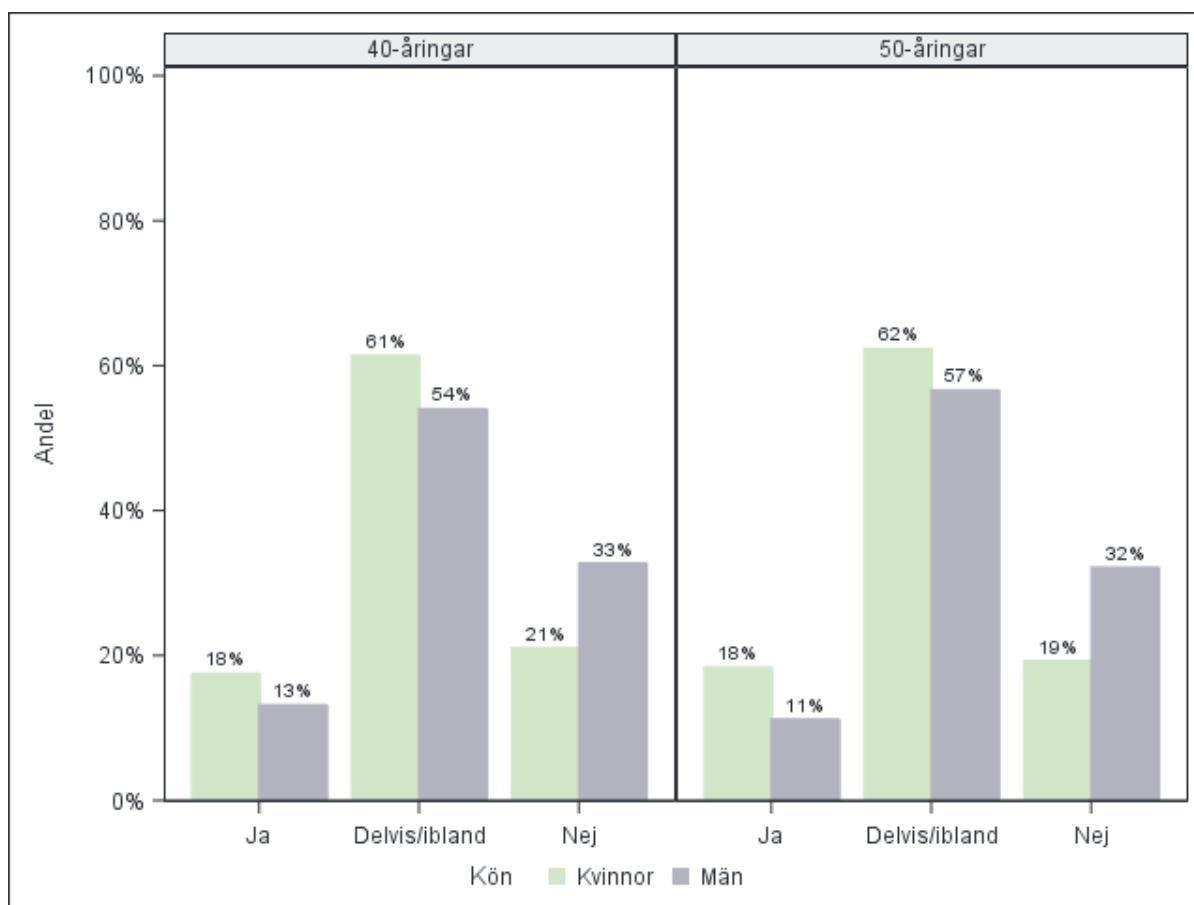
Fysisk aktivitet



Figur 12. Antal timmar av stillasittande per dag för deltagare som genomfört ett Riktat hälsosamtal under 2024.

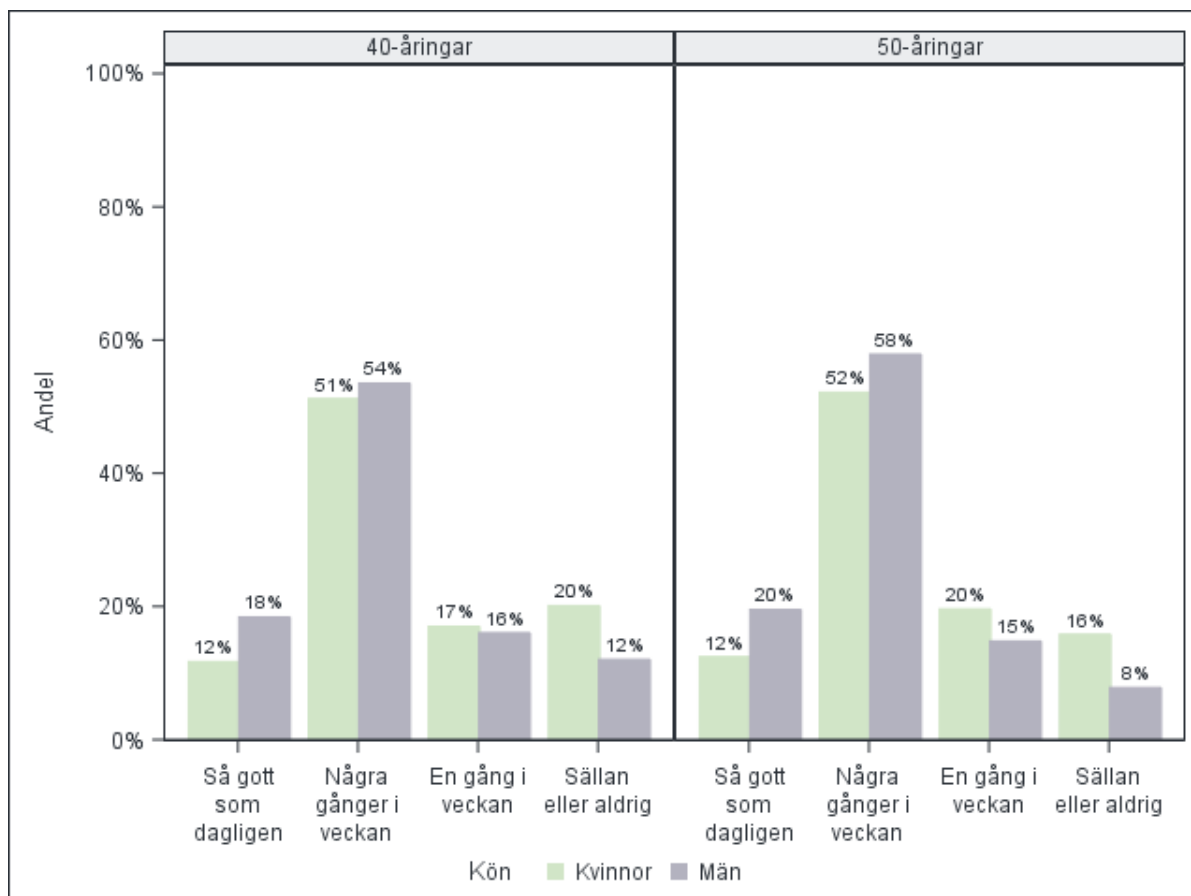
Bland 40-åringar angav 20 procent av kvinnorna och 26 procent av männen över nio timmars stillasittande per dag, se Figur 12. Motsvarande andel bland 50-åringar var 20 procent samt 27 procent. Skillnaderna mellan könen är statistiskt säkerställd.

Matvanor



Figur 13. Svar på frågan ”Jag väljer nyckelhålsmärkta alternativ vid köp av bröd, flingor, gryn, pasta, kött- och charkprodukter, mejeriprodukter, matfett och färdigmat” för deltagare som genomfört ett Riktat hälsosamtal under 2024.

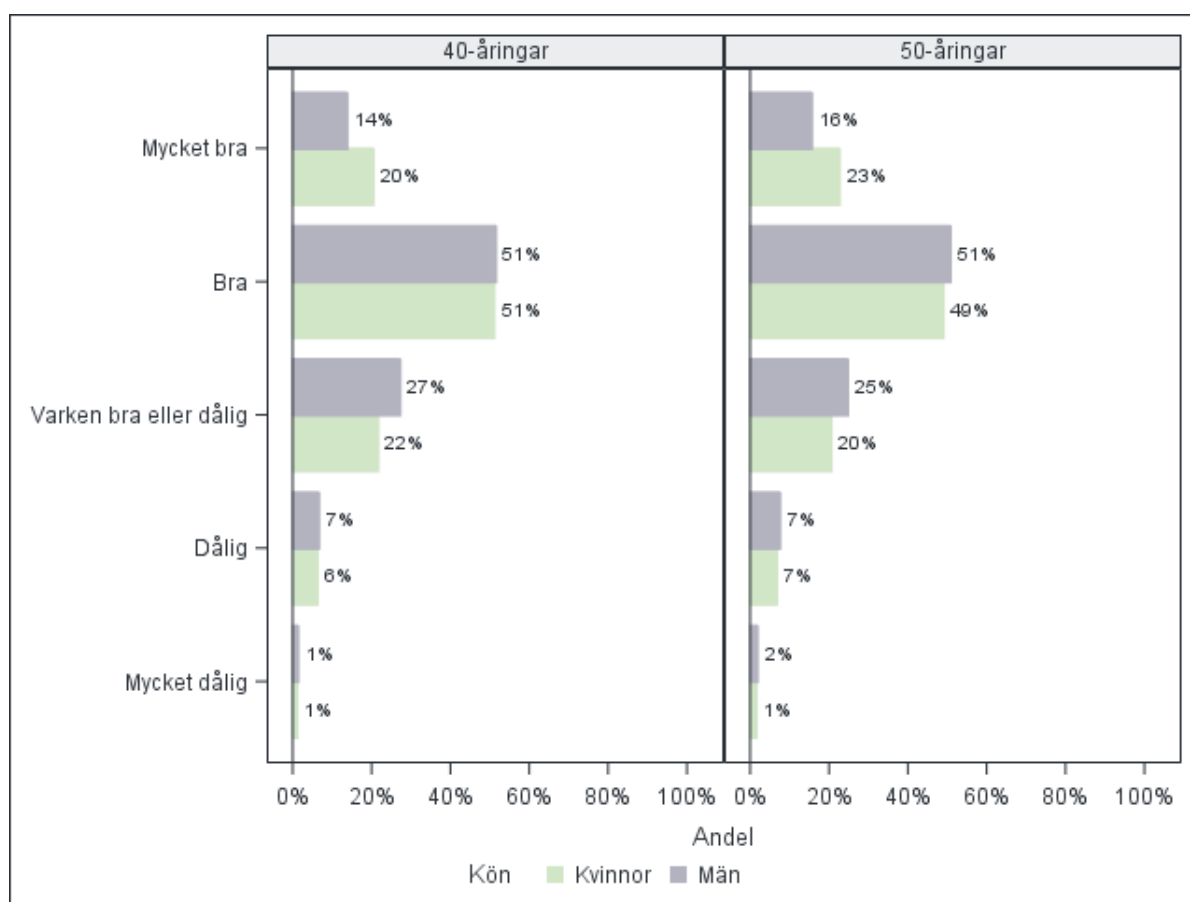
Bland 40-åringar svarade 79 procent av kvinnorna och 67 procent av männen ”ja” eller ”delvis/ibland” på frågan om de väljer nyckelhålsmärkta livsmedel i butik, se figur 13. Motsvarande andelar bland 50-åringar var 80 procent respektive 66 procent. Skillnaderna mellan könen är statistiskt säkerställd.



Figur 14. Svar på frågan ” Rött kött (nöt, fläsk, vilt och lamm) eller charkprodukter (skinka, korv, bacon) äter jag som huvudmål ” för deltagare som genomfört ett Riktat hälsosamtal under 2024.

Bland 40-åringar svarade 63 procent av kvinnorna och 72 procent av männen att de äter rött kött och chark som huvudmål ”Så gott som dagligen” eller ”Några gånger i veckan”, se Figur 14. Motsvarande andelar bland 50-åringar var 64 procent respektive 78 procent. Skillnaderna mellan såväl könen som åldersgrupperna är statistiskt säkerställd.

Tandhälsa

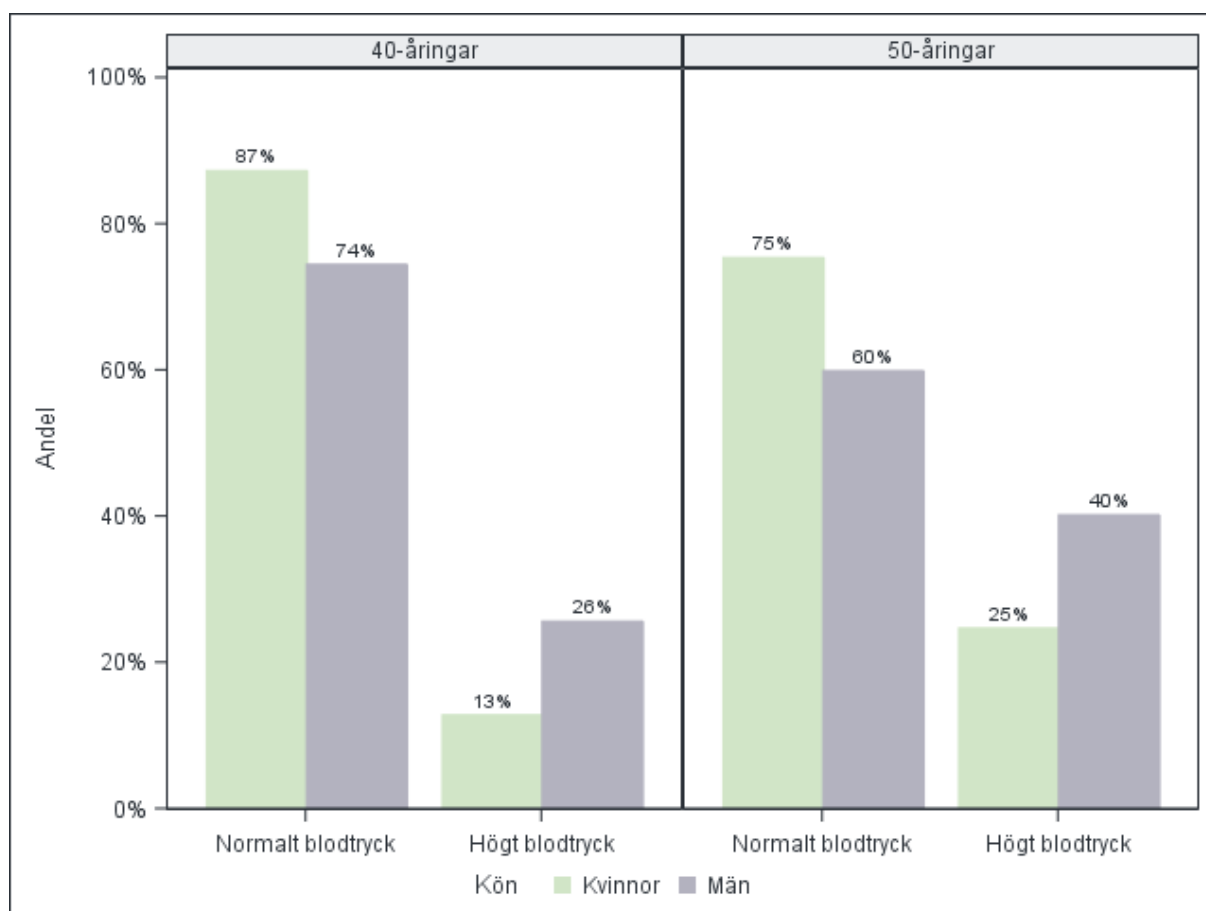


Figur 15. Svar på frågan ”Hur tycker du att din tandhälsa är?” för deltagare som genomfört ett Riktat hälsosamtal under 2024.

Andelen 40-åringar som uppfattar sin tandhälsa som ”mycket bra” eller ”bra” var 71 procent bland kvinnor och 65 procent bland män, se Figur 15. Motsvarande andelar bland 50-åringar var 72 procent respektive 67 procent. Skillnaderna mellan könen är statistiskt säkerställd.

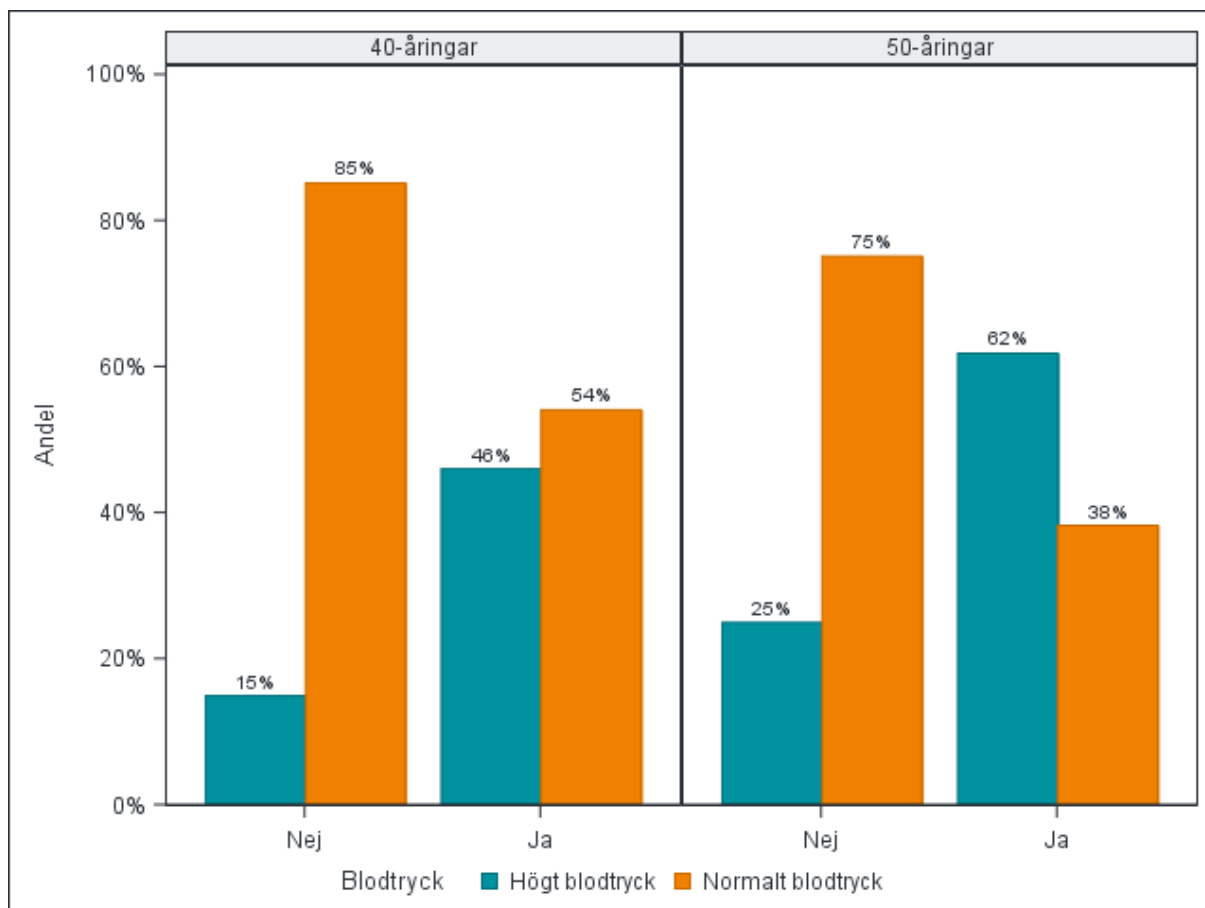
3.5 Mätvärden

Blodtryck



Figur 16. Andel med högt ($\geq 140/90$ mm Hg) respektive normalt blodtryck för deltagare som genomfört ett Riktat hälsosamtal under 2024.

Högt blodtryck uppmättes hos 13 procent av kvinnorna och 26 procent av männen bland 40-åringar och hos 25 procent respektive 40 procent bland 50-åringar, se Figur 16. Skillnaderna mellan såväl könen som åldersgrupperna är statistiskt säkerställd.

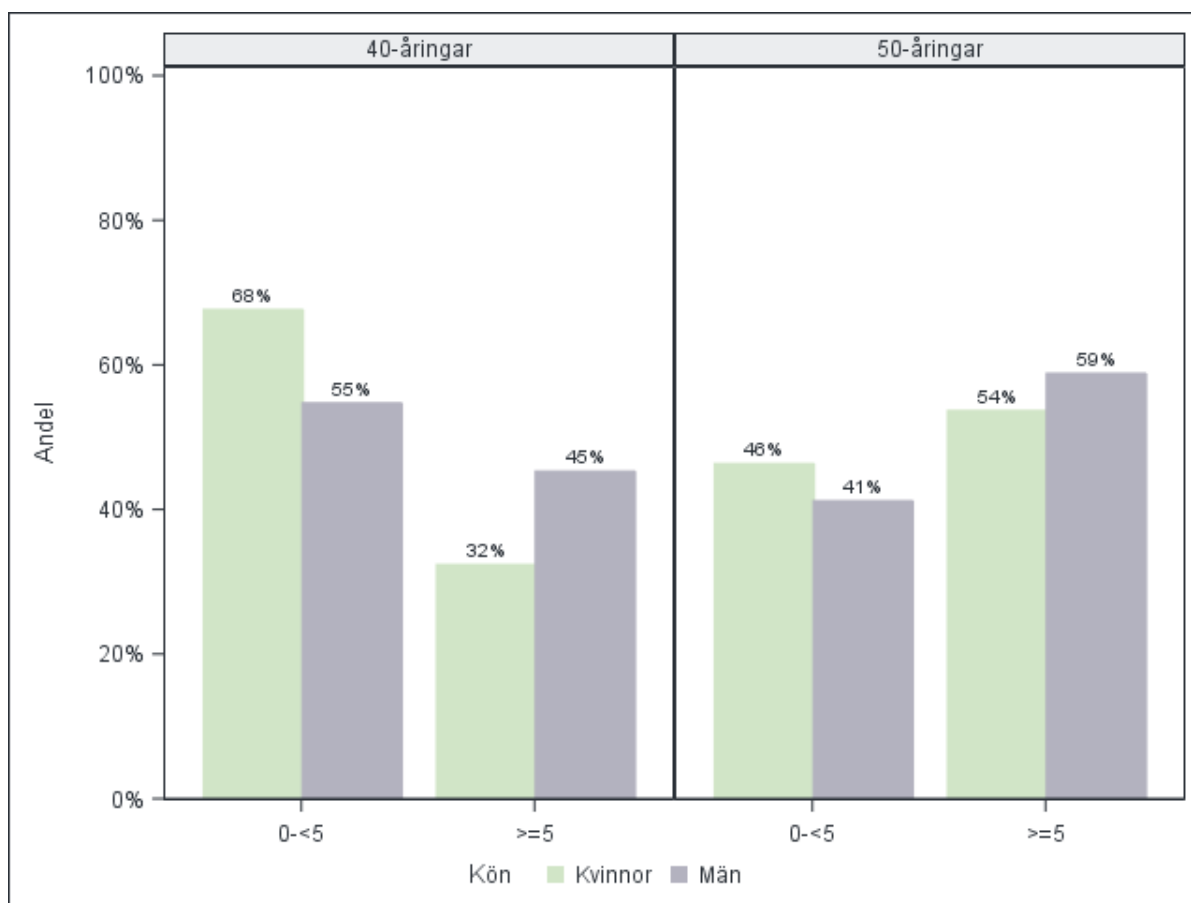


Figur 17. Andel med högt ($\geq 140/90$ mm Hg) respektive normalt blodtryck utifrån om läkare tidigare konstaterat att deltagaren har eller har haft högt blodtryck (ja/nej).

Bland 40-åriga deltagare som angett att läkare inte tidigare har konstaterat att de har eller har haft högt blodtryck (n 4868) uppmätte 15 procent ett förhöjt värde. Motsvarande andel bland 50-åringar (n 3339) var 25 procent, se Figur 17.

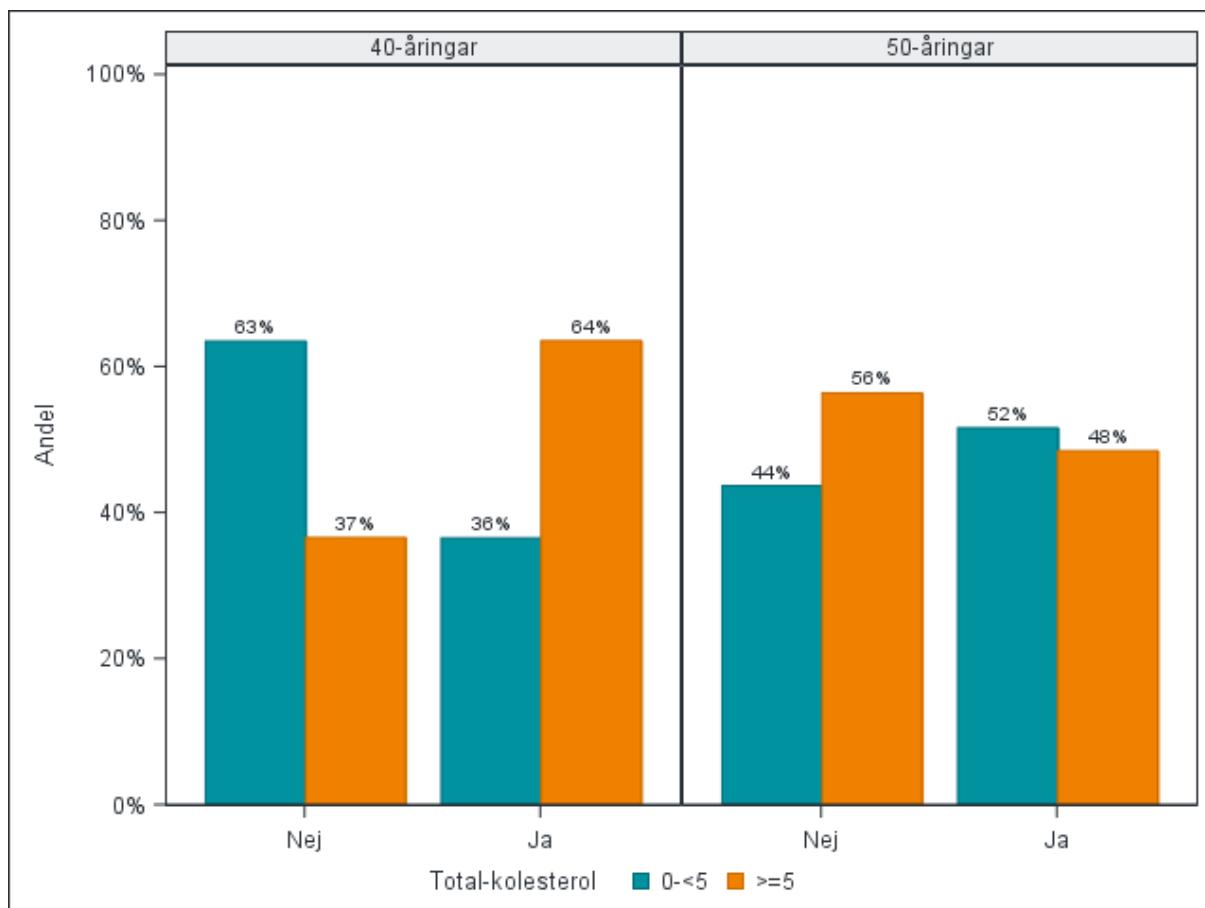
Bland 40-åriga deltagare som tidigare fått konstaterat högt blodtryck hos läkare uppvisade fortfarande 46 % ett förhöjt värde. Motsvarande andel bland 50-åringarna var 62 %.

Kolesterol



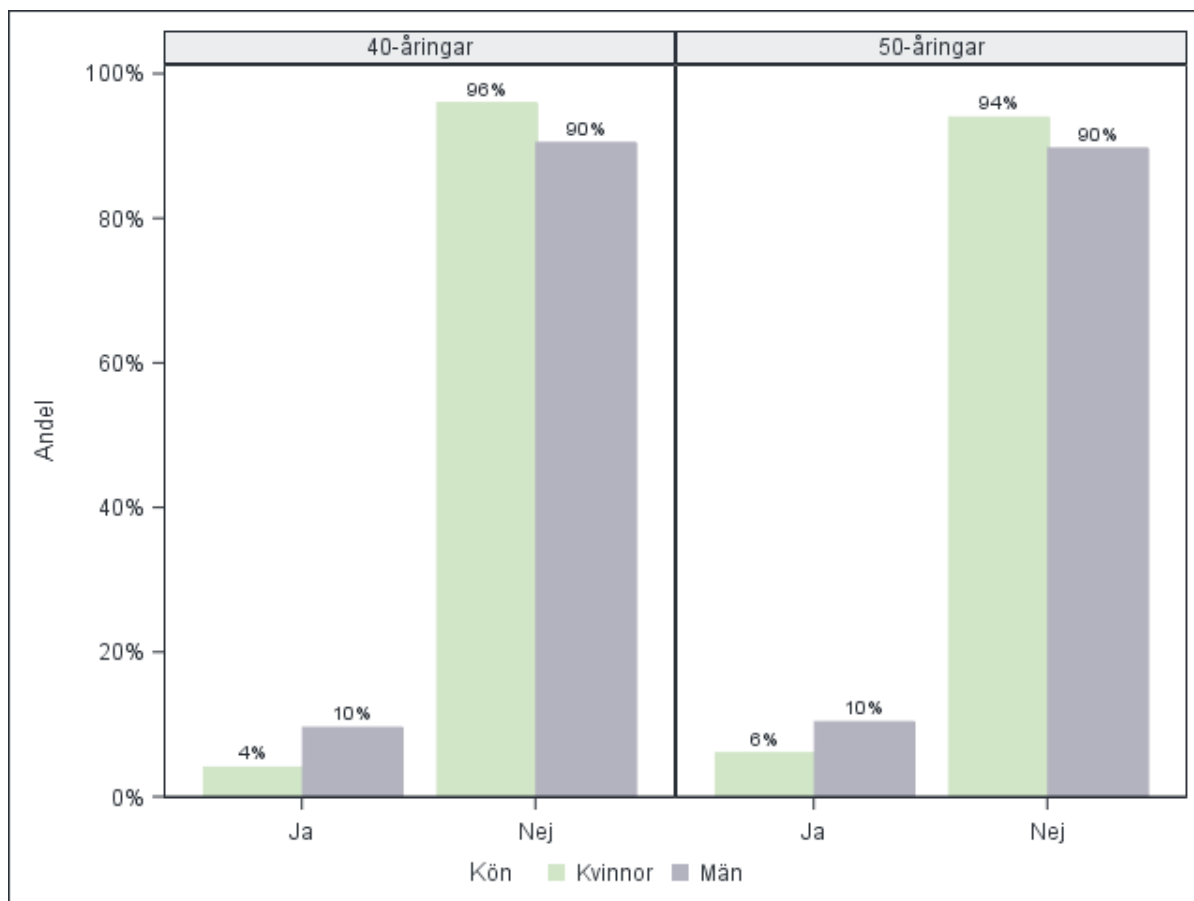
Figur 18. Andel med totalkolesterol ≥ 5 mmol/l respektive totalkolesterol < 5 mmol/l för deltagare som genomfört ett Riktat hälsosamtal under 2024. Mätvärden är fastevärde.

Figur 18 visar att 32 procent respektive 45 procent av 40-åriga kvinnor och män hade förhöjt totalkolesterol. Motsvarande andel bland 50-åringar var 54 procent respektive 59 procent. Skillnaderna mellan såväl könen som åldersgrupperna är statistiskt säkerställd.



Figur 19. Andel med total kolesterol ≥ 5 mmol/l respektive total kolesterol < 5 mmol/l utifrån om läkare tidigare konstaterat att deltagaren har eller har haft höga blodfetter (ja/nej).

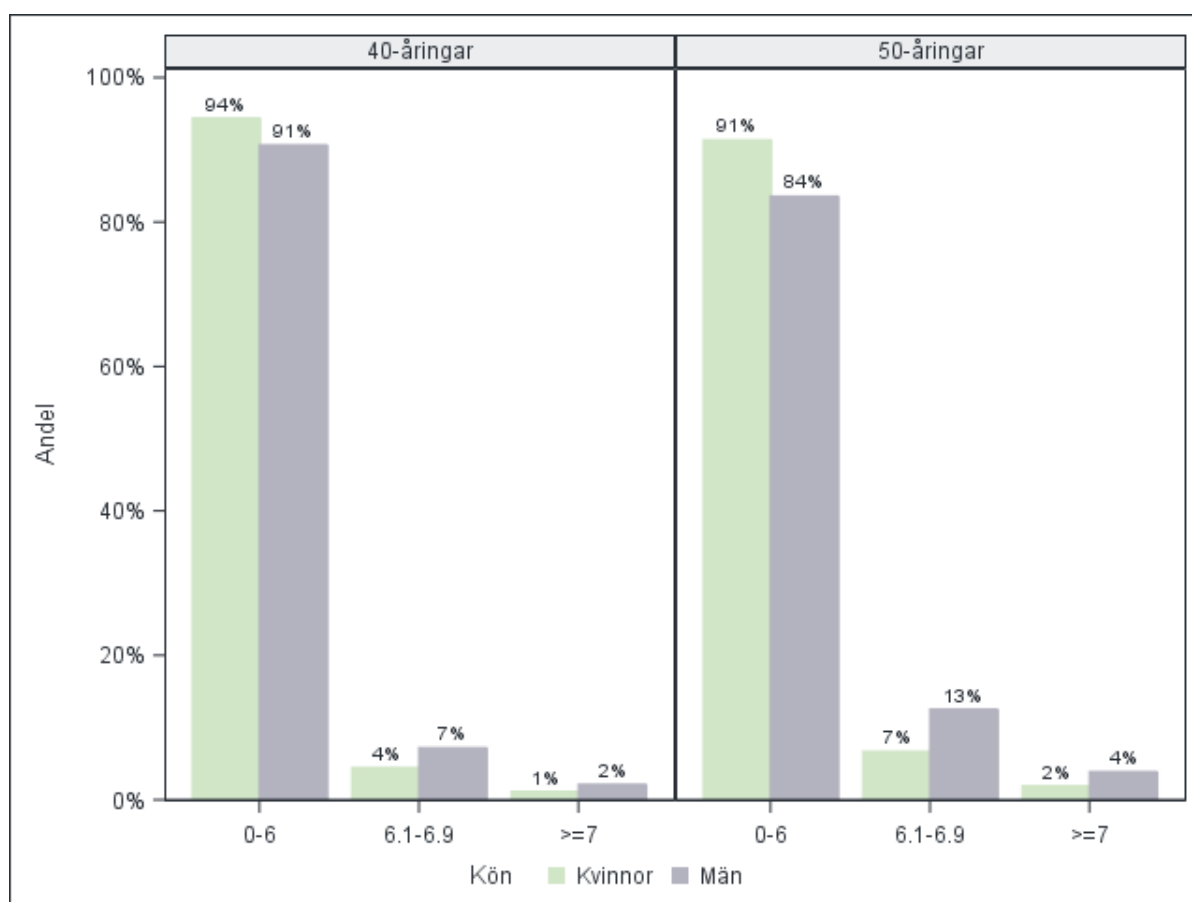
Bland 40-åriga deltagare som angett att läkare inte tidigare konstaterat att de har eller har haft högt kolesterol (n 4799) uppmätte 37 procent ett förhöjt värde. Motsvarande för 50-åringar (n 3423) var 56 procent, se figur 19.



Figur 20. Andel deltagare med högt total kolesterol ($\geq 7,5$ mmol/l) och/eller LDL $\geq 4,9$ som genomfört ett Riktat hälsosamtal under 2024. Mätvärden är fastevärde.

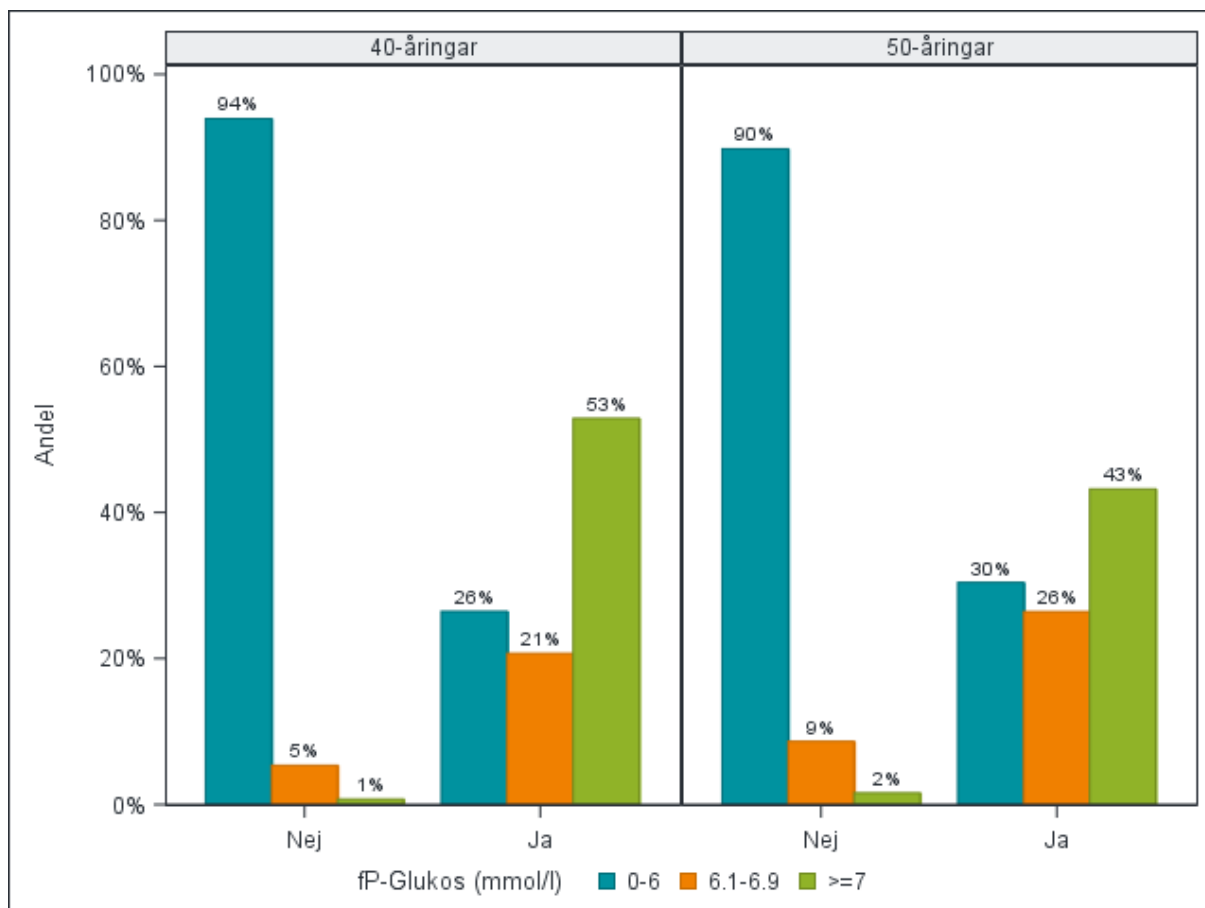
Figur 20 visar att 4 procent respektive 10 procent av 40-åriga kvinnor och män hade högt total kolesterol ($\geq 7,5$ mmol/l) och/eller högt LDL ($\geq 4,9$) (n 1193). Motsvarande andel bland 50-åringar var 6 procent respektive 10 procent (n 1200). Skillnaderna mellan könen är statistiskt säkerställd.

Blodsocker



Figur 21. Andel med normalt blodsocker (0–6,0 mmol/l), nedsatt glukostolerans (6,1–6,9 mmol/l) och misstänkt diabetes ($\geq 7,0$ mmol/l) för deltagare som genomfört ett Riktat hälsosamtal under 2024. Mätvärden är fastevärde.

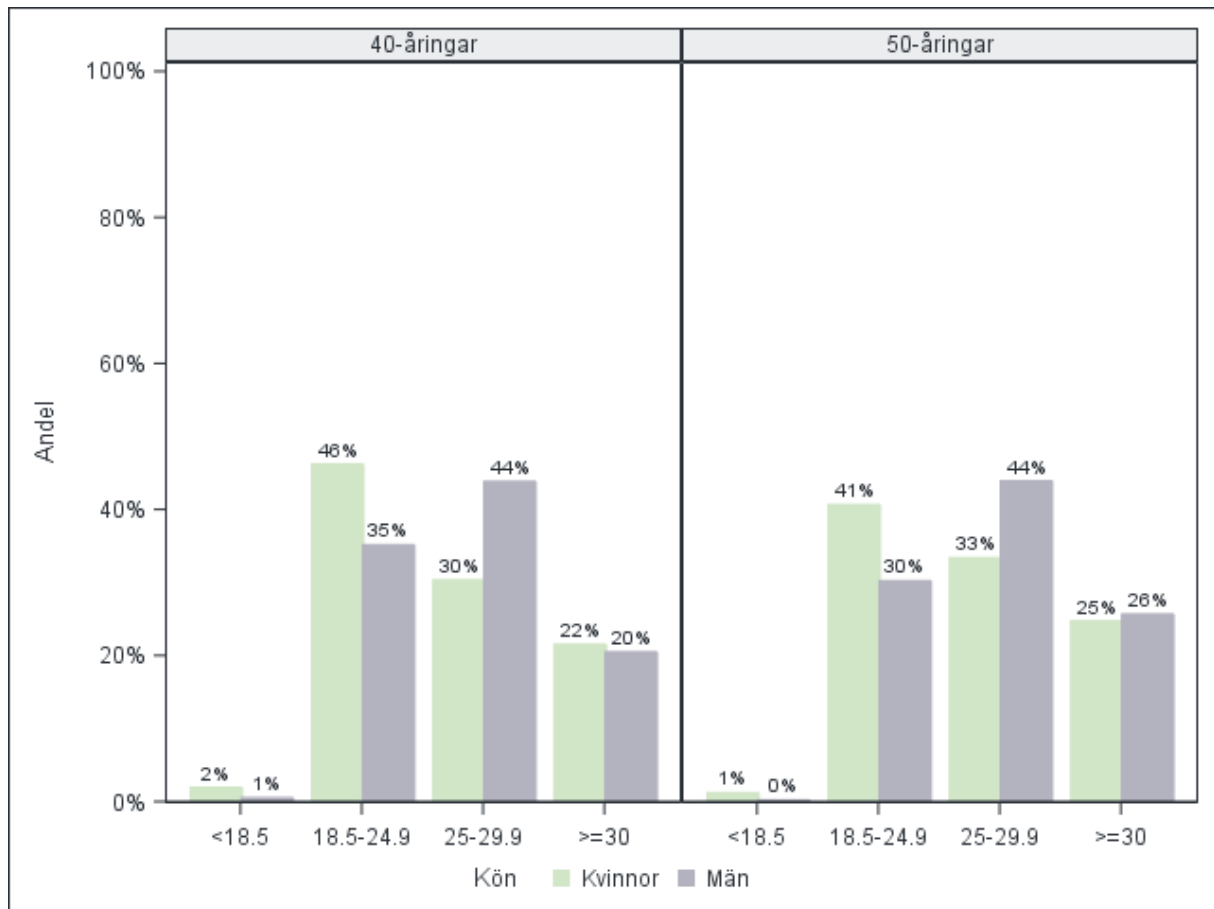
Figur 21 visar att 5 procent av 40-åriga kvinnor och 9 procent av män hade ett förhöjt blodsockervärde. Motsvarande andel bland 50-åringar var 9 procent respektive 17 procent. Skillnaderna mellan såväl könen som åldersgrupperna är statistiskt säkerställd.



Figur 22. Andel med normalt blodsocker (0–6,0 mmol/l), nedsatt glukostolerans (6,1–6,9 mmol/l) och misstänkt diabetes ($\geq 7,0$ mmol/l) utifrån om läkare tidigare konstaterat att deltagaren har diabetes (ja/nej).

Bland 40-åringar som angav att läkare inte tidigare konstaterat att de har diabetes (n 5472) uppmätte 6 procent ett förhöjt värde. Motsvarande andel bland 50-åringar (n 4041) var 11 procent, se Figur 22.

BMI



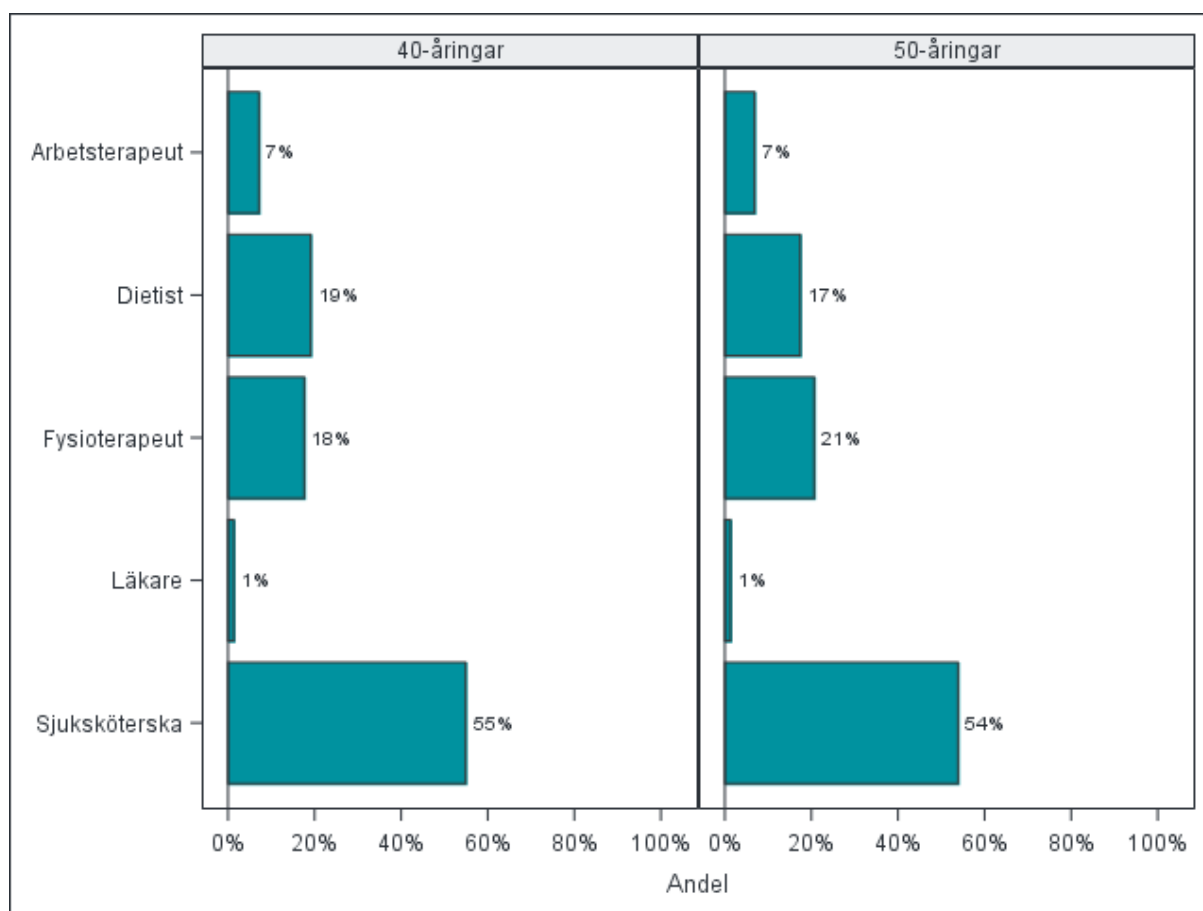
Figur 23. Andel med undervikt (BMI <18,5 kg/m²), normalvikt (BMI 18,5–24,9 kg/m²), övervikt (BMI 25–29,9 kg/m²) och obesitas (BMI ≥30 kg/m²) för deltagare som genomfört ett Riktat hälsosamtal under 2024.

Figur 23 visar att andelen 40-åriga kvinnor och män med övervikt eller obesitas var 52 procent samt 64 procent. Motsvarande andelar bland 50-åriga deltagare var 58 procent respektive 70 procent. Skillnaderna mellan såväl könen som åldersgrupperna är statistiskt säkerställd.

3.6 Uppföljning

Efter varje genomfört hälsosamtal ombeds samtalsledaren att fylla i några uppföljande frågor i webbstödet. Här efterfrågas bland annat om samtalsledaren hänvisat eller remitterat deltagaren vidare till annan vårdkollega och om samtalet genererat misstanke om ny diagnos. Svaren på dessa frågor redovisas nedan.

Samtalsledarens yrkestitel

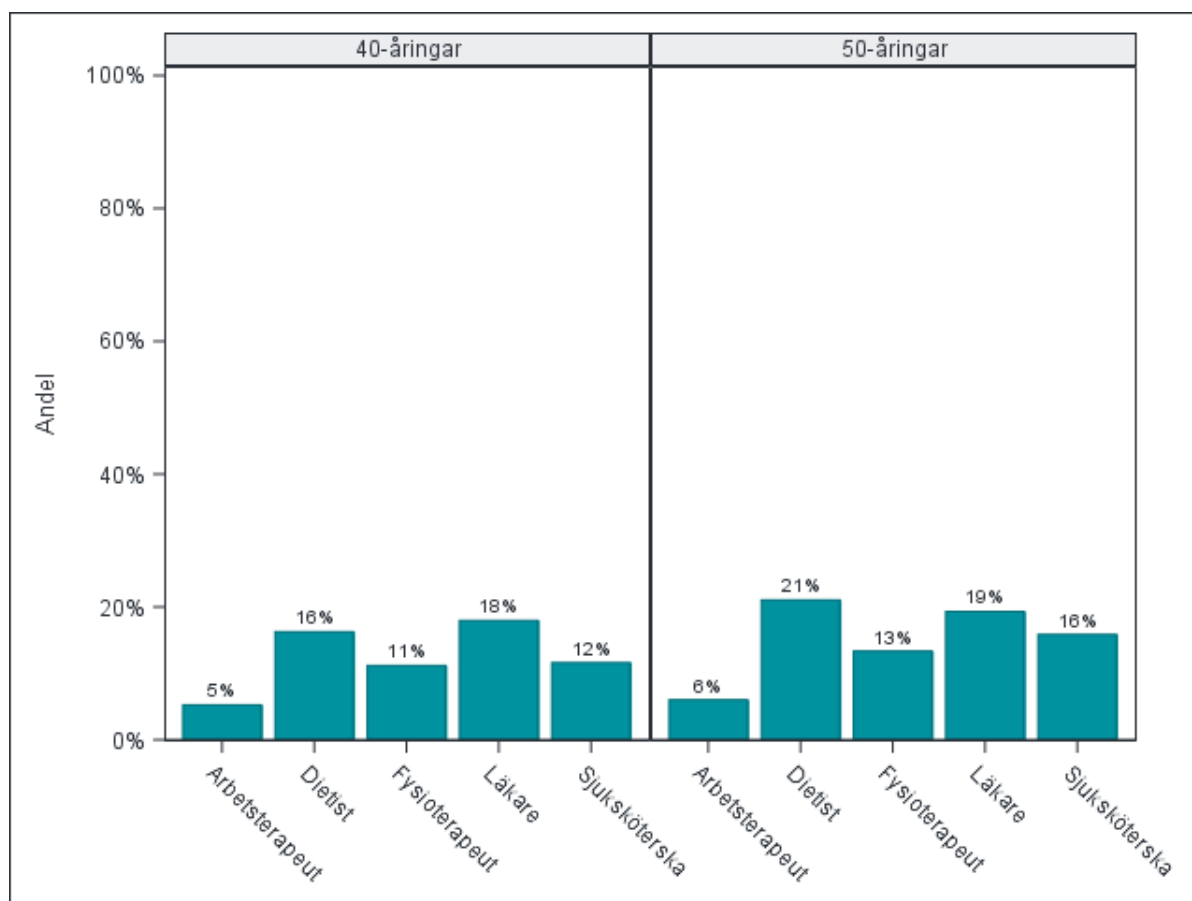


Figur 24. Andel Riktade hälsosamtal under 2024 som hållits av arbetsterapeut, dietist, fysioterapeut, läkare och sjuksköterska.

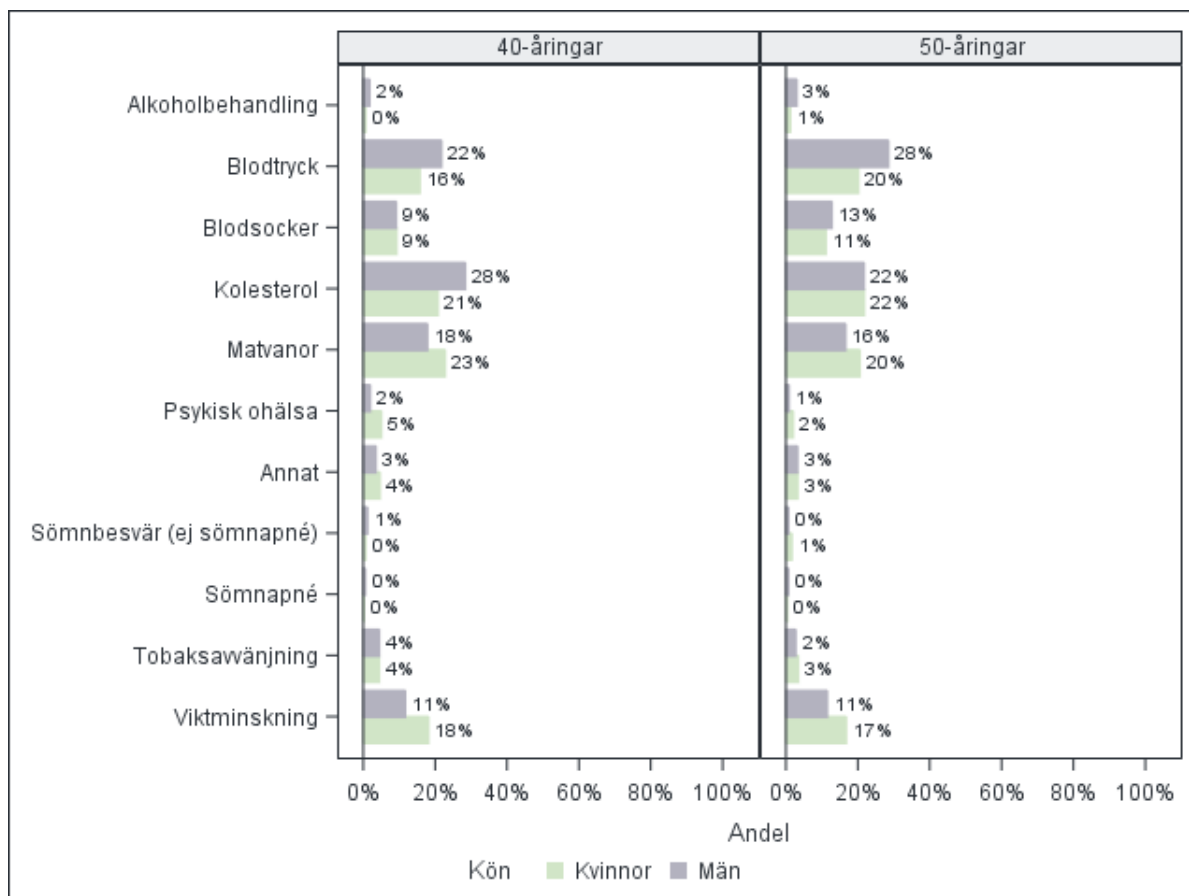
Av de totalt 5911 hälsosamtal som genomförts bland 40-åringar under 2024, hölls majoriteten (55 procent) av sjuksköterska. Bland 50-åringar genomfördes totalt 4398 hälsosamtal under 2024, varav 54 procent hölls av sjuksköterska, se Figur 24.

Återbesök till samtalsledare

På frågan om hälsosamtalet lett till återbesök hos samtalsledaren angavs ”ja” för 11 procent (n 343) respektive 14 procent (n 368) av de 40-åriga kvinnorna och männen. Motsvarande andelar bland 50-åringar var 14 procent (n 330) respektive 17 procent (n 336). Det är statistiskt säkerställt att hälsosamtal genomförda av dietister i högre grad leder till återbesök inom den egna yrkesgruppen jämfört med övriga professioner, vilket redovisas i Figur 25. De vanligast angivna anledningarna till återbesöket redovisas i Figur 26.



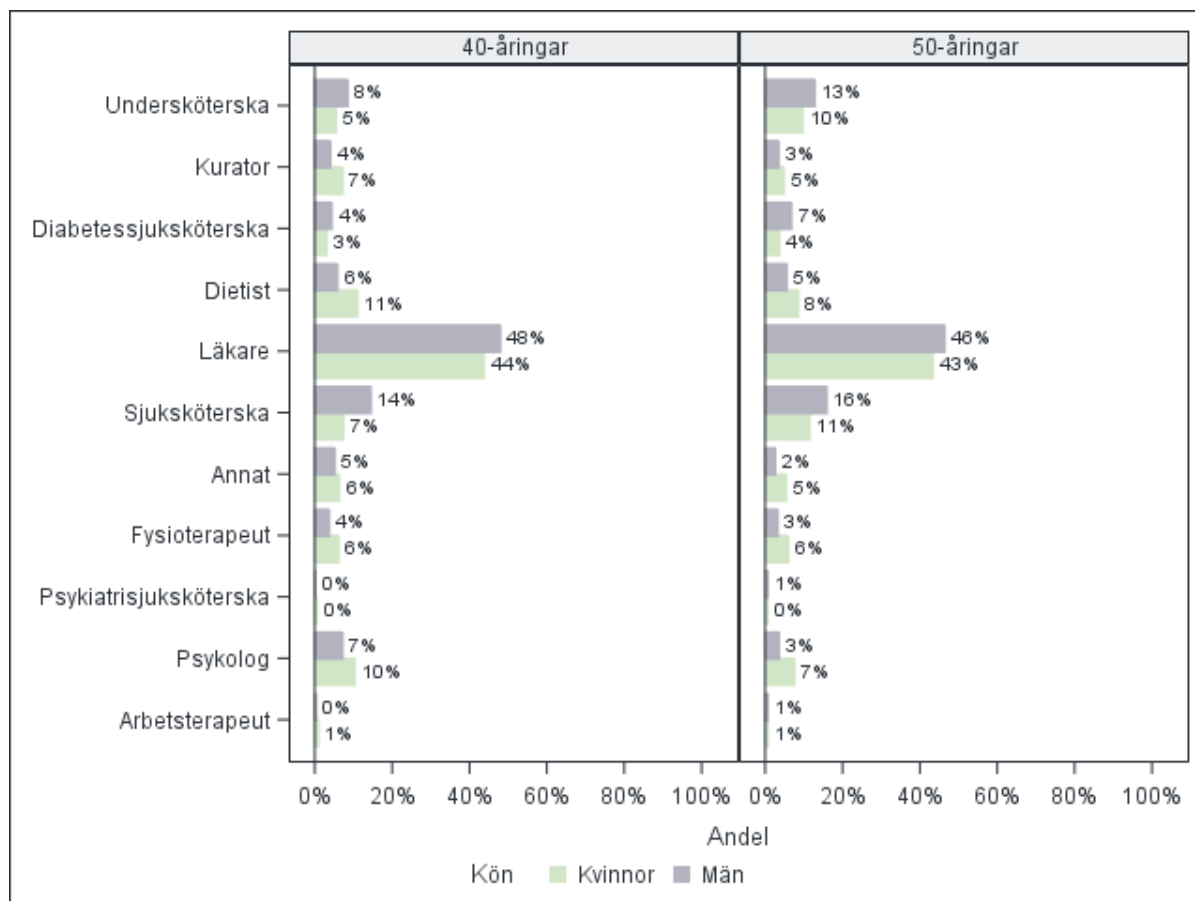
Figur 25. Andel hälsosamtal som leder till återbesök hos samtalsledaren, uppdelat på profession.



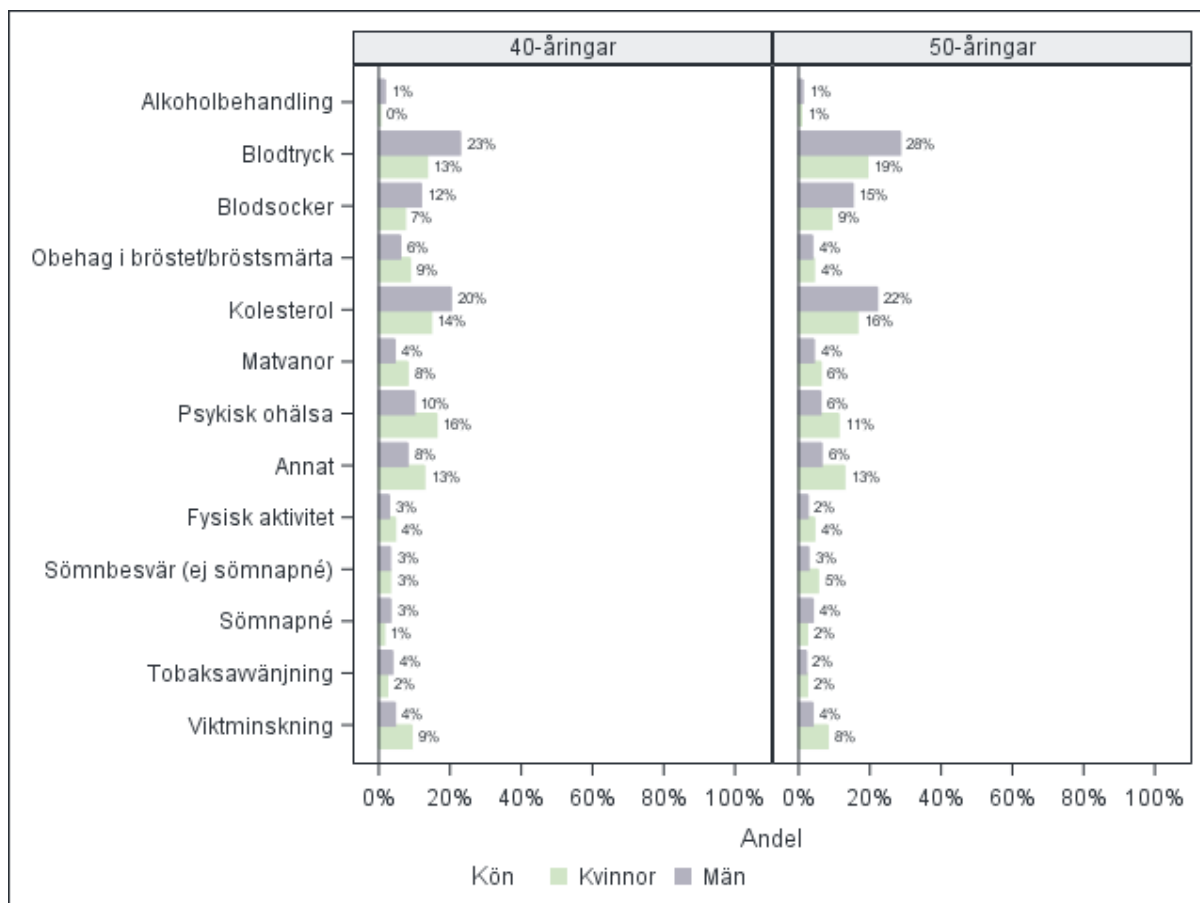
Figur 26. Angivna anledningar till återbesök hos samtalsledaren för deltagare som genomfört ett Riktat hälsosamtal under 2024.

Remiss till annan vårdgivare

På frågan ”Genererade hälsosamtalet en remiss eller mottagningsbesök till annan vårdgivare?” noterades ”ja” för 24 procent (n=768) av kvinnorna och 30 procent (n=802) av männen bland 40-åringar. Motsvarande andel för 50-åringar var 30 procent (n=701) respektive 37 procent (n=761). Figur 27 visar hur remisserna fördelats mellan olika professioner och figur 28 visar de angivna anledningarna till remissen.



Figur 27. Vårdgivare som remiss skickats till efter ett Riktat hälsosamtal under 2024.

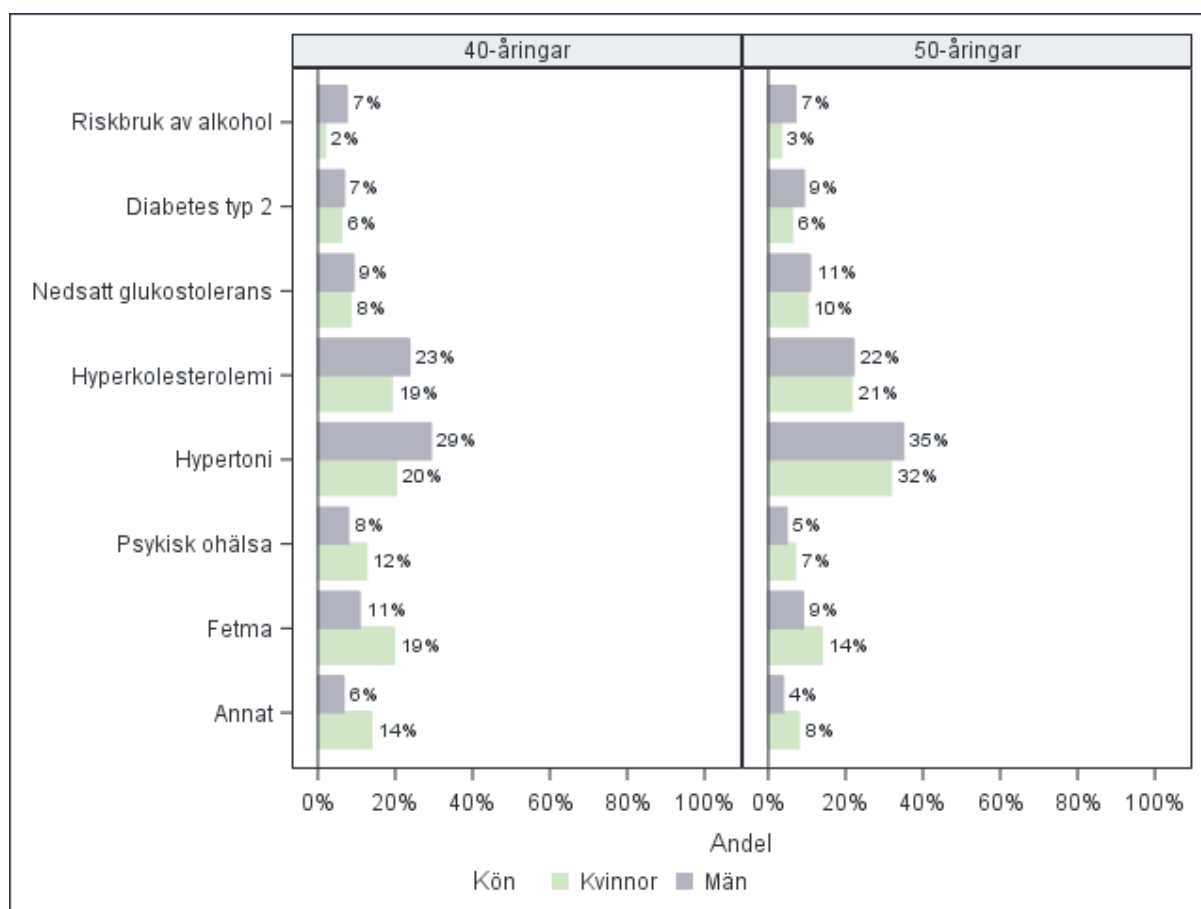


Figur 28. Angivna anledningar till remiss för deltagare som genomfört ett Riktat hälsosamtal under 2024.

Figur 28 visar anledningarna till att en deltagare remitterats vidare. För 40-åriga kvinnor var psykisk ohälsa den vanliga anledningen medan högt blodtryck var vanligast hos männen. Hos 50-åringar var högt blodtryck den vanligaste orsaken hos både kvinnor och män.

På frågan om hälsosamtalet genererat en rekommendation om att uppsöka tandvården svarade 3 procent av kvinnorna och 4 procent av männen ”ja” bland 40-åringar. Motsvarande andelar för 50-åringar var 2 procent respektive 4 procent. Skillnaderna mellan könen för 40-åringarna och totalt för båda åldersgrupperna är statistiskt säkerställd.

Misstanke om ny diagnos



Figur 29. Diagnoser som det väckts misstanke om för deltagare som genomfört ett Riktat hälsosamtal under 2024.

På frågan om hälsosamtalet genererat misstanke om ny diagnos angavs ”ja” för 14 procent av 40-åriga kvinnor och 22 procent av 40-åriga män. Motsvarande andelar bland 50-åringar var 19 procent och 29 procent. Skillnaderna mellan såväl könen som åldersgrupperna är statistiskt säkerställd. De vanligaste diagnoserna som det väckts misstanke om redovisas i Figur 29. För både män och kvinnor, i båda ålderskategorierna, så var hypertoni den vanligaste misstanken.

3.7 Jämförelser mot Folkhälsorapport Skåne 2023

Tabell 1. Jämförelse av levnadsvanor och mätvärden för 40-åringar som genomfört ett Riktat hälsosamtal under 2022, 2023 och 2024 med data från Folkhälsorapport Skåne (FH) 2023 för åldersgruppen 30–44 år.

Riktade hälsosamtal, 40-åringar	2022 ¹		2023 ²		2024 ³		FH 2023 ⁴	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
Bra självrapporterad hälsa, %	72	76	71	75	70	76	76	80
Riskbruk alkohol, %	9	19	8	18	6	21	9	13
Daglig rökning, %	7	9	6	9	7	10	6	8
Daglig snusning, %	5	21	6	23	7	22	5	20
Stillasittande >9 h/d, %	17	25	20	27	20	26	24	33
Väljer nyckelhålmärkt, %	76	65	76	63	79	67	-	-
Bra självskattad tandhälsa, %	73	68	73	66	71	65	74	68
Förhöjt blodtryck (≥140/90 mm Hg), %	13	27	12	26	13	26	-	-
Förhöjda fastande blodfetter (≥5 mmol/l), %	30	46	26	42	32	45	-	-
Förhöjt fastande blodsocker (> 6,0 mmol/l), %	6	12	7	13	5	9	-	-
Övervikt eller obesitas (BMI ≥ 25) %	48	64	49	63	52	64	43	58
Bokat återbesök till samtalsledare, %	13	18	10	15	11	14	-	-
Bokat besök till annan vårdgivare, %	25	33	27	32	24	30	-	-
Misstanke om ny diagnos, %	15	26	14	24	14	22	-	-

¹ Siffror hämtade från årsrapporten 2022 (n 2516 kvinnor, 2098 män).

² Siffror hämtade från årsrapporten 2023 (n 3004 kvinnor, 2565 män).

³ Siffror hämtade från årsrapporten 2024 (n 3233 kvinnor, 2678 män).

⁴ FH 2023: Folkhälsorapport Skåne 2023 för åldersgruppen 30–44 år. Enkät genomförd 2022.

Tabell 2. Jämförelse av levnadsvanor och mätvärden för 50-åringar som genomfört ett Riktat hälsosamtal under 2022, 2023 och 2024 med data från Folkhälsorapport Skåne (FH) 2023 för åldersgruppen 45–64 år.

Riktade hälsosamtal, 50-åringar	2022 ¹		2023 ²		2024 ³		FH 2023 ⁴	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
≥ Bra självrapporterad hälsa, %	70	72	68	75	67	73	68	73
Riskbruk alkohol, %	12	23	14	24	11	27	12	19
Daglig rökning, %	7	10	7	9	8	8	10	9
Daglig snusning, %	3	20	4	21	4	21	4	20
Stillasittande >9 h/d, %	17	24	21	25	20	27	18	24
Väljer nyckelhålsmärkt, %	80	64	80	66	80	66	-	-
Bra självskattad tandhälsa, %	76	68	74	70	72	67	73	70
Förhöjt blodtryck (≥140/90 mm Hg), %	31	46	26	41	25	40	-	-
Förhöjda fastande blodfetter (≥5 mmol/l), %	53	53	50	56	54	59	-	-
Förhöjt fastande blodsocker (> 6,0 mmol/l), %	11	22	11	20	9	17	-	-
Övervikt eller obesitas (BMI ≥ 25) %	57	78	57	72	58	70	54	70
Bokat återbesök till samtalsledare, %	18	22	17	21	14	17	-	-
Bokat besök till annan vårdgivare, %	39	44	32	41	30	37	-	-
Misstanke om ny diagnos, %	26	33	21	35	19	29	-	-

¹ Siffror hämtade från årsrapporten 2022 (n 435 kvinnor, 350 män).

² Siffror hämtade från årsrapporten 2023 (n 1548 kvinnor, 1354 män).

³ Siffror hämtade från årsrapporten 2024 (n 2330 kvinnor, 2068 män).

⁴ FH 2023: Folkhälsorapport Skåne 2023 för åldersgruppen 45–64 år. Enkät genomförd 2022.

4. Diskussion

4.1 Bakgrundsfaktorer och täckningsgrad

Under 2024 har sju av tio 40-åringar och fem av tio 50-åringar bjudits in till ett riktat hälsosamtal. Jämfört med 2023 är täckningsgraden för 40-åringar i stort sett oförändrad medan täckningsgraden ökade för 50-åringar. Varannan inbjuden invånare tackade ja till erbjudande om hälsosamtal under 2024 och 10 309 hälsosamtal genomfördes. Detta motsvarar ett deltagande på 44 procent av inbjudna invånare, en procentenhet högre än 2023. Av hälsosamtalen genomfördes endast en liten andel via video, vilket kan förklaras med att möjligheten att använda detta förfarande introducerades först under året.

Bland deltagarna ses, precis som tidigare år, en viss överrepresentation av kvinnor, invånare med hög utbildningsnivå och invånare födda i Sverige, jämfört med SCB:s statistik, vilket visar på omotiverade skillnader mellan grupper i andel deltagare. Att enbart arbeta för att öka täckningsgraden (universell inriktning) utan att ta hänsyn till dessa skillnader kan riskera att befästa det ojämlika deltagandet.

I årets rapport har en analys genomförts för att undersöka om andelen deltagare i förhållande till inbjudna 40- och 50-åringar under 2024 skiljde sig åt mellan Skånes kommuner. För några kommuner var andelen deltagare signifikant högre jämfört med övriga, medan det för andra var signifikant lägre. Det är inte möjligt att med säkerhet fastställa vad denna skillnad beror på. En anledning kan vara skillnader i inbjudningsförfarandet. Erfarenheter från andra regioner, som arbetat längre med metoden, visar att när inbjudningsförfarandet sker enligt rekommenderat tillvägagångssätt, med en skriftlig inbjudan som förstärks genom att samtalsledaren ringer upp (ett så kallat ”opt-out” förfarande), så ses ett ökat deltagande.

Deltagandet har även analyserats utifrån vårdcentralernas CNI, vilket mäter socioekonomisk utsatthet och risken för ohälsa [6]. En tendens till negativ korrelation mellan vårdcentralernas CNI och andel deltagande av inbjudna identifierades, vilket skulle kunna indikera socioekonomiska barriärer i tillgången till RHS. Socioekonomisk utsatthet är relaterat till känsla av sammanhang och kontroll och i förlängningen tillgången till vård. Vidare har upplevd diskriminering visats öka risken för att avstå från att söka vård trots upplevt behov i socioekonomiskt utsatta grupper, vilket även kan tänkas påverka deltagandet i RHS [7].

Årsrapporten har således identifierat behov av vidare analys avseende möjligheterna att uppnå jämlikhet i täckningsgrad. Specifika mått på individnivå bör användas för att analysera socioekonomiska barriärer för deltagande i RHS, vilket bör beakta diskriminering, kontroll, inflytande och delaktighet i enlighet med folkhälsopolitikens målområde 7 [8]. Utifrån observerade skillnader rekommenderas en framtida fördjupad analys av RHS täckningsgrad med jämförelser med de som inte genomfört ett hälsosamtal, i enlighet med förordad metod för utvärdering av jämlik vård [9]. Detta kan ge vägledning till eventuellt behov av specifik anpassning av RHS, inklusive inbjudan, för specifika grupper.

Vårdcentralernas framtida utmaning är att öka både inbjudningstakten och deltagandet, särskilt hos de grupper som idag deltar i lägre utsträckning. Målsättningen med RHS är att samtliga invånare i de utvalda åldersgrupperna ska bjudas in för att uppnå den avsedda befolkningsinriktade insatsen. För att nå målet behöver samtalsledarna stärkas i sin kunskap

om jämlik hälsa och målsättningen om hundra procent inbjudna deltagare tydliggörs. Framgångsfaktorer för att starta upp och utveckla ett hållbart arbetssätt för metoden inkluderar: stöd från verksamhetschefer, avsatt tid, tydlig struktur för levnadsvanearbetet, ekonomisk ersättning och lämpligast två samtalsledare per vårdcentral. Beslutat inbjudningsförfarande behöver förankras samtidigt som det kan behöva anpassas ytterligare för att i högre grad tilltala de grupper som deltar i lägre utsträckning.

Under 2025 kommer förutsättningarna för vårdcentralen att följa sin produktion att förbättras genom statistik i QlikView. Vidare kommer hälsoenkäten i webbstödet att utvecklas för att förenkla för både deltagare och samtalsledare. Introduktionstillfällen till hälsosamtal via video kommer också att fortsätta under året. Samtidigt finns ett behov av att RHS får ökad synlighet i sociala medier och kollektivtrafik, med riktade kommunikationsinsatser till de grupper som i mindre omfattning väljer att delta. Det krävs också ett fortsatt strategiskt uppföljningsarbete för att följa vårdcentralernas implementering och arbete med metoden.

4.2 Levnadsvanor och riskmarkörer

De 40- och 50-åringar som deltog i RHS under 2024 uppvisade en hög andel riskmarkörer för hjärtkärlsjukdom och förekomst av ohälsosamma levnadsvanor. Metoden attraherar således inte bara individer med redan god hälsa. Även under 2024 utmärker sig de manliga deltagarna med generellt sämre levnadsvanor än kvinnor. Bland 40-åringar klassificerades var femte man med riskbruk av alkohol och knappt var fjärde angav ett dagligt snusbruk. Av de män och kvinnor som angav att de snusade dagligen så uppgav 59 procent av kvinnorna och 20 procent av männen att de använder nikotinsnus. I februari 2024 uppdaterades hälsoenkäten att även inkludera nikotinsnus (vitt snus) och i marknadsföring av nikotinsnus riktar sig den i stor utsträckning till kvinnor, vilket kan förklara den höga användningen. I yngre åldersgrupper ses en tydlig ökning i användning av nikotinsnus, framför allt hos yngre kvinnor [10]. Även under 2024 deltog i stor utsträckning invånare som angav att de röker dagligen, vilket också ses i andra regioner som arbetar med metoden. En förklaring till detta kan vara att många gärna vill prata med hälso- och sjukvårdspersonal om sina ohälsosamma levnadsvanor för att få möjlighet att erbjudas stöd och behandling, vilket på sikt kan minska risken för att drabbas av sjukdom [11].

Likaså identifierades återigen en högre andel män än kvinnor med förhöjda värden för blodtryck, kolesterol, blodsocker och vikt. Även i år återspeglas detta i att män i högre utsträckning än kvinnor bokas för ett återbesök till samtalsledaren eller till annan vårdgivare. Vidare väcks misstanke om ny diagnos oftare bland män. Liknande skillnader syns även bland 50-åringar, även om andelen med förhöjda metabola riskfaktorer ökar med åldern bland både kvinnor och män. Andel bokade återbesök, såväl till samtalsledaren som till annan vårdgivare, har successivt minskat de senaste par åren. Detta kan vara en indikation på att samtalsledarna känner sig allt tryggare i sin roll och blir bättre på att bedöma när en uppföljning är indicerad.

Levnadsvanorna bland deltagare 2024 ligger i linje med det som rapporterats bland motsvarande åldersgrupper i Folkhälsorapport Skåne 2023, se tabell 1 och 2. Likartade siffror syns bland annat för självskattad hälsa, rökning, BMI och tandhälsa. De manliga RHS-deltagarna tycks ligga något högre än Folkhälsorapporten gällande andel med riskbruk av alkohol, vilket kan bero på att definitionen av riskbruk av alkohol ändrades under 2023.

Tolkningen av jämförelserna med Folkhälsorapport Skåne 2023 bör göras med försiktighet, eftersom både deltagare i RHS och de som svarat på folkhälsoenkäten inte med säkerhet kan anses vara representativa för hela befolkningen.

Den identifiering av riskfaktorer som sker via RHS lägger grunden för att erbjuda stöd till levnadsvaneförändring. Ett tydligt dos-respons samband föreligger mellan hälsosamma levnadsvanor och friska år hos både män och kvinnor [12]. Detta stärker indikationen för att erbjuda och utveckla hälsofrämjande, förebyggande och behandlande insatser inom hälso- och sjukvården. Under hälsosamtalet finns även möjlighet att uppmärksamma viktiga aspekter för hälsan och psykiskt mående som våld i nära relationer och ofrivillig ensamhet. Tack vare RHS påskyndas utvecklingen av andra metoder och verktyg i Region Skåne för att stödja deltagare och patienter till hälsosamma levnadsvanor. Som ett exempel lanseras under 2025 ett egenutvecklat program i Stöd och behandlingsplattformen (SoB) för ohälsosamma matvanor där deltagare kan få stöd efter sitt hälsosamtal. Även metoder som Fysisk aktivitet på recept (FaR) och Kultur på recept (KuR) vidareutvecklas och förstärks. Vidare har arbetet med att skapa nya samverkansarenor med kommun, föreningsliv, kultursektorn och lokala aktörer utifrån aktuella förutsättningar påbörjats i enlighet med uppdraget för den nya förvaltningen Nära vård och Hälsa.

Målet med RHS är att förebygga hjärtsjukdom och diabetes typ 2 bland Skånes invånare genom att systematiskt identifiera både frisk- och riskfaktorer. Metoden har också potential att förebygga andra sjukdomar, såsom vissa cancerformer. Det är viktigt att följa om interventionen i Skåne, så som vi ser i andra regioner, har effekt på befolkningens hälsa på sikt och därför planeras uppföljning av deltagarna efter hälsosamtalet, både utifrån ett verksamhetsperspektiv och i forskningssyfte.

RHS är en viktig del i arbetet för att skapa ett långsiktigt och hälsofrämjande system i Skåne, med målet att minska ohälsosamma levnadsvanor och psykisk ohälsa. För att detta ska bli möjligt bör alla i de aktuella åldersgrupperna få en inbjudan till hälsosamtal av sin vårdcentral där så många som möjligt, i ett representativt urval väljer att delta. Eftersom denna rapport har identifierat vägar för vidare analyser, finns goda förutsättningar att noggrant undersöka och vid behov förbättra interventionen.

5. Referenser

1. Folkhälsomyndigheten. Folkhälsan i Sverige 2024: ökar eller minskar ojämlikheten? [Internet]. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2025 [citerad 8 april 2025]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publikationer-och-material/publikationsarkiv/f/folkhalsan-i-sverige-2024-okar-eller-minskar-ojamlikheten/>
2. Stenman E, Borgström Bolmsjö B, Grundberg A & Sundquist K. Health determinants among participants in targeted health dialogues offered to all 40-year-old individuals in a metropolitan region of 1.4 million people.
3. Borgström Bolmsjö B, Chiarappa S, Stenman E, Grundberg A & Sundquist K. Obesity and its association with self-efficacy and metabolic risk factors by region of birth among 40-year-olds participating in the Swedish targeted health dialogues.
4. Borgström Bolmsjö B, Stenman E, Grundberg A & Sundquist K. Aggregation of cardiovascular risk factors in a cohort of 40-year-olds participating in a population-based health screening program in Sweden.
5. Stenman E, Sundquist K & Brorsson A. We could help them in many ways. Health coaches' experiences from targeted health dialogues with 70-year-olds: a qualitative study.
6. Sundquist K, Malmström M, Johansson SE & Sundquist J. Care need Index, a useful tool for the distribution of primary health care resources. *J Epidemiol Community Health*. 2003;57(5):347–52.
7. Hassan M, Öberg J, Wemrell M, Perez Vicente R, Lindström M & Merlo J. Perceived discrimination and refraining from seeking physician's care in Sweden: an intersectional analysis of individual heterogeneity and discriminatory accuracy (AIHDA). *Int J Equity Health* 23, 199 (2024).
8. Kommissionen för jämlik hälsa. Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa - Förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa (SOU 2017:47) [Internet]. Stockholm [citerad 11 april 2025]. Hämtad från: <https://kommissionjamlikhalsa.se/publikationer/sou-201747-nasta-steg-pa-vagen-mot-en-mer-jamlik-halsa-forslag-ett-langsiktigt-arbete-en-god-och-jamlik-halsa/>
9. Öberg J et al. Projekt hälso- och sjukvårdsuppföljning: Jämlik vård – Slutrapport [Internet]. Hämtad från: https://www.researchgate.net/publication/383692379_Halso-och_sjukvardsuppfoljning_jamlik_vard_-_Slutrapport_English_Healthcare_evaluation_Healthcare_equity_-_final_report_written_in_Swedish
10. Folkhälsomyndigheten. Kunskapsstöd om ungdomars erfarenheter och insikter om snus - Hur ser ungdomar på snus? [Internet]. [citerad 11 april 2025]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/60584dcab6554965b281cf935c410878/hur-ser-ungdomar-pa-snus.pdf>
11. Socialstyrelsen. Så här vill patienter berätta för sjukvården om sina levnadsvanor – Resultat av en befolkningsundersökning 2016 [Internet]. [citerad 11 april 2025]. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2016-12-13.pdf>

12. Nyberg ST, Singh-Manoux A, Pentti J, et al. Association of Healthy Lifestyle With Years Lived Without Major Chronic Diseases. *JAMA Intern Med.* 2020;180(5):760–768.